

*El suicidio en Chile, estudio socio – demográfico
y aproximación microsocia y psicológica a
la violencia ejercida contra sí mismo*

Dagoberto Duarte
Médico de Familia
Licenciado en Ciencias Familiares y Sexológicas

Tesis presentada para optar al Título de Doctor en Psicología
Mención en Ciencias de la Familia y de la Sexualidad
Octubre, 2007
Prof. Promotor: Eric Baruffol

Instituto de Ciencias Familiares y Sexológicas
Facultad de Psicología y de Ciencias de la Educación
Universidad Católica de Lovaina

Introducción

A fines del año 1989, elaboramos una tesis en la cual exploramos la posible relación entre Familia y Salud, la cual fue presentada en el marco del programa conducente al Master en Ciencias Familiares y Sexológicas de la Universidad Católica de Lovaina. La pregunta que motivó ese trabajo era averiguar si efectivamente existía una relación entre la familia, sistema de orden social, y la salud de las personas. Esta interrogante se enmarca en un intento por re-conceptualizar la salud más allá del dominio biológico, incorporando la realidad social que envuelve al individuo. El paradigma vigente desde el siglo XIX considera la salud como determinada casi únicamente por la biología de las personas. Ello, no obstante una discusión que se arrastra por años, en la cual se le quiere dar un lugar a una explicación social de la salud.

Al mismo tiempo, este trabajo estuvo motivado por una constatación que surge en el trabajo médico en pequeñas comunidades. Al observar pequeñas agrupaciones de población, se aprecia que las personas que la componen presentan diferentes niveles de salud. Si se asume que existe un determinismo social en la salud individual, entonces surge una pregunta: ¿cómo es que en una misma comunidad, en la cual se comparte un mismo hábitat social, se producen esas diferenciaciones en materia de salud? Esta duda surge porque habitualmente, las variables sociales que se incorporan en la discusión para entender la salud de las personas, se ubican a un nivel macro-social. Generalmente se habla del nivel de ingresos, de la educación, de las condiciones de vivienda. Pero en el trabajo comunitario esas variables no permiten

discriminar al interior de una comunidad dada, ya que en general sus habitantes comparten realidades similares en torno a dichas variables. Por lo tanto, si no son esas variables macro-sociales las que pueden ayudar a entender y explicar diferentes estados de salud, y si se asume que existe un determinismo social, entonces las variables sociales a buscar deberían ubicarse en un nivel micro-social.

Fue en la búsqueda de una respuesta para incorporar la dimensión social en la comprensión de la salud de las personas que iniciamos el trabajo de estudiar la relación de la familia con dicho estado. De partida, la familia se entiende como una estructura micro-social, la más cercana al individuo. La respuesta que obtuvimos, después de escribir la tesis antes señalada, era que parte de las diferencias en el estado de salud de las personas a nivel comunitario, se podían explicar porque ellas se diferencian en el tipo de familia en la cual viven, la cual puede ser descrita en función de un número acotado y significativo de variables. Al mismo tiempo aquellas dimensiones más gruesas, de orden macro-social, operan más allá de la influencia del sistema familiar.

En ese trabajo, que estuvo basado en una revisión de la literatura, se identificaron seis dimensiones, ligadas a la familia y que aparecían relacionadas con alguna variable que daba cuenta de la salud de las personas. Las dimensiones identificadas fueron la red social y el sostén social, la cohesión, la adaptabilidad, el conflicto y la satisfacción marital. De todas estas variables, escogimos como motivo de reflexión posterior el conflicto familiar y de una manera más precisa, el tema de la violencia. Nos pareció que era la variable menos estudiada y que sin embargo, producía efectos evidentes sobre el

sistema familiar y sobre la salud de las personas. No cabe duda que en esta elección también estuvieron presentes ciertas resonancias propias de cualquier investigador. Pensamos, que a diferencia de lo que se dice en el campo de la investigación científica pura, el médico y el investigador no son personas ajenas al fenómeno de estudio. Por el contrario, somos parte de los fenómenos que queremos investigar y establecemos ciertos sesgos a la hora de tomar decisiones. Lo importante es que dichos sesgos sean conscientes y explícitos.

En ese tiempo, la violencia familiar era conceptualizada y operacionalizada de forma estrecha, poco reflexiva y claramente insuficiente. Más bien parecía, y en realidad lo era, nada más que un panfleto que se inscribía claramente en el discurso político e ideológico de la llamada "guerra de los sexos". No era nuestra intención tomar partido en ninguna escaramuza de tal guerra. Decidimos estudiar el suicidio, porque desde la partida nos pareció un hecho marcado por la violencia, pero no sólo por la violencia ejercida en contra del suicida, sino que además dejaba un rasgo fuertemente impreso en la biografía familiar, estableciendo un antes y un después. Recogía, en este sentido, nuestro interés por relevar el tema de la violencia y su repercusión en las relaciones interpersonales.

Como médico de familia, pienso que estamos en condiciones de acompañar a quienes viven su vida en un ambiente de violencia, tratando de ayudar en la búsqueda de un modo de vida diferente. No se trata, necesariamente, de poner como primer objetivo en nuestro trabajo la prevención del suicidio, salvo en aquellos casos en que quién se siente inclinado a cometerlo solicite nuestra

ayuda. El objetivo central es, más bien, de poder cuidar a quiénes han vivido, al interior de su familia, la experiencia del suicidio de uno de sus componentes.

Al comenzar nuestro trabajo, constatamos de que no existían datos recientes acerca de la realidad del suicidio en Chile. De ahí, que partimos por examinar las cifras y buscar una primera aproximación en base a un estudio epidemiológico. Posteriormente, decidimos hacer un estudio de casos, con un enfoque más cualitativo. El enfoque de nuestra investigación rescata claramente la visión psico-social. Existe toda una línea de investigación que trata de explicar el suicidio según variables biológicas, que hemos decidido incorporarla como un elemento más en la explicación del fenómeno.

El conflicto y la violencia familiar.

Una primera idea que parece importante destacar es que en general se piensa que el conflicto familiar es de por sí algo que debe ser evitado. Nadie quisiera estar involucrado o comprometido en situaciones de conflicto familiar. La mayor parte de las personas, quisieran que en el ámbito de sus relaciones, el conflicto estuviera ausente. Más aún, existe la expectativa general de que la familia de cada persona funcione sin que hayan conflictos. Sin embargo, la realidad dista de satisfacer estas expectativas. El conflicto es parte ineludible de cualquier relación interpersonal. No es necesariamente ni bueno ni malo. Está siempre presente, ya que refleja las distintas expectativas de dos o más personas que están involucradas en una relación. Quizás, es posible que el conflicto no estuviera presente, si es que en la relación con un otro, no hubiera expectativas. Pero precisamente, las relaciones familiares y, en general,

aquellas relaciones que se establecen con otros en las cuales se ponen en juego los afectos, existen siempre expectativas. En ese contexto, se puede entender el conflicto como una fuerza que aporta a la adaptación de las personas y de los grupos sociales en los que ella participa a situaciones cambiantes del entorno. Su adecuado manejo puede resultar beneficioso y ayuda a mejorar los lazos de cohesión al interior de cualquier grupo. Por el contrario, un manejo inadecuado, que puede tomar la forma de su negación, contribuye a la aparición de formas difíciles de manejar, llegando incluso a la aparición de hostilidad y violencia.

A pesar de esto, la tendencia es a considerar el conflicto como algo malo, a negar su presencia, a considerar su aparición como un fracaso en la medida que no se ha sido capaz de establecer una relación distinta.

Esta tendencia se da con mayor o menor fuerza en toda la población. Pensemos en la relación que el personal de salud establece con el conflicto, especialmente el conflicto intrafamiliar. Es muy posible, que sea considerado como algo malo, indeseado, como un visitante que irrumpe en el espacio de relación familiar produciendo angustia y temores. Si tal es la relación que se establece con el conflicto, ¿qué podrá ocurrir cuándo una persona o una familia muestra que detrás de su queja se esconde un conflicto familiar? Lo más probable, es que se trate de evitar el tema y se desvíe la atención hacia otros aspectos en que el profesional de la salud se sienta más seguro. De esta manera, querámoslo o no, se está amputando una parte de la experiencia vital de los pacientes. De ahí que la formación de los equipos de salud que trabajan con el enfoque de salud familiar, debiera incorporar no sólo información teórica sobre distintos aspectos, entre ellos el conflicto, sino que esta acumulación de información

debiera estar acompañada por procesos vivenciales que permitan reconocer cómo y de qué manera se responde frente a situaciones que presentan las personas a las que se quiere cuidar, pero que al mismo tiempo conectan a los cuidadores con espacios de su propia vida íntima.

Diferentes autores han propuesto formas de medir el conflicto familiar. Moos y Moos (1975)¹ incluyen en la Family Environment Scale (FES) una sub-escala destinada a medir el conflicto, definido como el grado en el cual la expresión de la cólera, la agresividad y las relaciones conflictivas son típicas de la familia.

Para Minuchin (1978)², una de las características de la familia psicósomática es que su umbral para el conflicto es muy bajo. Ello resultaría de la combinación de las otras tres características que él considera importantes, es decir, cohesión excesivamente alta, rigidez y sobreprotección. Según él, en este tipo de familias es posible observar tres modelos de comportamiento frente al conflicto: la triangulación, la formación de coaliciones padre-hijo y el desvío. Estos tres modelos no son ellos mismos clasificaciones de la familia, ya que de hecho pueden hallarse, también, en familias normales. Sin embargo, lo que caracteriza a las familias psicósomáticas es su carácter repetitivo.

Straus (1979)³ presenta una escala (Conflic Tactics Scale, CTS), destinada a medir el conflicto intrafamiliar, definido por él como los medios y tácticas usados para resolver o enfrentar los conflictos de intereses al interior de una pareja. Para este autor, la ausencia de conflicto no sólo es teóricamente imposible, sino que una cantidad adecuada del mismo puede ser útil para la conservación del grupo. Dentro de su escala, él incluye tres componentes o

factores: el uso de discusión racional (sub-escala de razonamiento), en segundo lugar el uso de actos verbales o no verbales destinados a herir al otro (sub-escala de agresión verbal) y, en tercer lugar, el uso de la violencia física (sub-escala de violencia). La cuantificación del conflicto se basa en la medición de la frecuencia de actos específicos incluidos en la escala. O sea, mide el aspecto comportamental del conflicto, sin considerar la repercusión, o vivencia del conflicto por parte del individuo. De hecho, lo que cuenta, según él no es tanto el nivel de conflicto en sí, sino la manera de resolverlo.

Se encuentra una posición similar en el trabajo de Porter y O'Leary⁴ (1980). Estos autores han construido una escala destinada a medir el conflicto marital, a partir de la expresión abierta de hostilidad, por ejemplo, las disputas, la ironía o los abusos físicos.

Snyder y Regts (1982)⁵ proponen una escala para medir lo que ellos llaman discordia marital o disstres marital. Dentro de la escala, derivan dos factores o componentes. El primero es la disarmonía conyugal, que refleja conflictos específicos y déficits percibidos en la resolución de problemas. El segundo, es la disafección, que representa la experiencia de sostén o comprensión inadecuados, aislamiento afectivo y conductual y una inclinación al divorcio. De acuerdo a los resultados obtenidos en una población normal y una población de parejas en terapia, plantean que la disarmonía sería un hecho relativamente normal, que si se da en un contexto afectivo positivo no plantea problemas. Por el contrario, la insatisfacción afectiva sería más característica de una población en terapia.

Lavee, McCubbin y Olson (1987)⁶, hablan de la resolución de conflictos, que mide, según ellos, las actitudes acerca de los conflictos en la relación interpersonal y la satisfacción con la manera en que los problemas son manejados. Esta variable forma parte de una dimensión más amplia, dentro de su formulación, que ellos denominan ajuste marital, la cual sería un recurso del sistema familiar y que tomaría parte en el poder regenerativo de la familia consecutivo a un stress. En su trabajo, los autores no explicitan el aporte específico de esta variable a la dimensión global de ajuste marital.

Weingarten y Leas (1987)⁷, presentan un modelo para evaluar el conflicto al interior de una pareja. El objetivo de este instrumento está orientado, fundamentalmente, al manejo terapéutico o a la orientación de las parejas. Según ellos, el conflicto surgiría a partir de las diferencias existentes entre dos personas, diferencias que pueden ser contrarrestadas por la confrontación y la aceptación de las mismas. Dentro de su formulación, la presencia de conflicto al interior de una pareja no es necesariamente un signo de que el matrimonio anda mal, sino que puede también tener el significado positivo, en el sentido de crecimiento. Lo que caracterizaría a las parejas en mala situación, sería la manera en que ellas aprenden a manejar el conflicto. Los autores proponen cinco niveles de conflicto, cada uno con su propia dinámica y características conductuales y psicológicas. La descripción es básicamente clínica y subjetiva y los autores no intentan llegar a una operacionalización del modelo. Es importante señalar que en el nivel cinco, el más elevado o intenso, los autores incluyen como característica la violencia física o emocional.

Se puede constatar que para el conjunto de proposiciones, excepto aquella de Minuchin, los autores se orientan a determinar la "cantidad de conflicto", con la suposición implícita de que un conflicto mayor tendría mayores consecuencias sobre la salud de los miembros de la familia. Esta posición varía levemente en Snyder y Regts para quienes la importancia del conflicto no tiene valor en sí, sino que al interior de un contexto afectivo.

Según el diccionario de la real academia de la lengua española, el conflicto se refiere a aquellas situaciones en las que se puede observar un combate prolongado, acompañado de antagonismo y rivalidad. Por otro lado, el término "violencia" se usa para denotar la "calidad de violento". Es violento, según el mismo diccionario, "lo que está fuera de su natural estado, que obra con ímpetu y fuerza, lo que se hace contra el gusto de quién es violentado, ya sea por ciertos respetos y consideraciones". En definitiva, es violento "aquello que está fuera de justicia".

Como se puede apreciar, la definición de violencia no es tan clara en la lengua española, lo cual resulta básico cuando queremos denotar a un determinado hecho como un "hecho violento". Porque, ¿qué significa que algo esté "fuera de su natural estado"? En el caso del ser humano, dicho "estado natural" está lejos de ser una situación evidente y aceptada por todos. Además, cuando se menciona el "ímpetu y fuerza, lo que se hace contra el gusto de quién es violentado", se está señalando a aquellas situaciones en que "algo" obliga a actuar de manera diferente a cómo se quisiera. Y ese algo, es el poder. Hoy en día, aunque tal vez siempre ha sido así, el poder actúa las más de las veces de

manera sutil, casi inadvertida, generando situaciones de violencia. Como señala Foucault (1998), es el "cinismo local del poder"⁸. Por lo mismo, no necesariamente la acción violenta es una acción brutal. Por último, asumir que es violento aquello "que está fuera de justicia", nos reenvía a la discusión de qué cosa es justa y qué cosa no lo es.

No se trata de caer en una suerte de relativización. Pero el estudio del conflicto y la violencia exige explicitar de manera más clara qué estamos entendiendo por cada uno de estos conceptos. Cuando se trata de diseñar acciones para prevenir la violencia, se puede llegar a generar situaciones en las que la violencia no sólo no es cancelada, sino que se producen nuevas formas de violencia.

En el plano de las definiciones sobre el concepto de violencia, se encuentran múltiples y variadas aproximaciones. La violencia se estudia desde el punto de vista sociológico, penal, ético y ahora también médico. Por ejemplo, Hajar-Medina (1997)⁹, plantea que la violencia no es un hecho "natural", sino que más bien es el "resultado de la aplicación de la fuerza por ejercicio del poder de un individuo sobre otro, sobre un colectivo o sobre sí mismo".

Por otro lado, la OMS (2002) plantea una definición de violencia, señalando que se considera como tal "el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones"¹⁰. Franco¹¹ (2003), plantea que para él la violencia es "una forma específica de interacciones

humanas, en la cual la fuerza produce daño o injuria a otros, con el fin de alcanzar un propósito dado". Esta definición se acerca a la de Maturana (1995)¹², quien parte señalando que para él, la vida humana se da en un espacio psíquico, y la violencia es un modo de vivir ese espacio. En este contexto, la violencia se da en "aquellas situaciones en las que alguien se mueve en relación a otro en el extremo de la exigencia de obediencia y sometimiento, cualquiera que sea la forma como esto ocurre en términos de suavidad o brusquedad y el espacio relacional en que tenga lugar". Como se puede apreciar, esta definición también pone el acento en el aspecto relacional de la violencia. Se es violento en relación a otro.

Sin embargo, a diferencia de Maturana, es posible que "ese alguien" que él refiere en su definición, no siempre sea una persona. Puede ser un "otro" anónimo, difuso, sin identificación y sin cara, pero que tiene la voz suficiente como para actuar sobre el sujeto produciendo el mismo efecto de sometimiento y de obediencia. Ese "alguien", puede ser, en ciertas ocasiones la sociedad en general, que trata de conducir el accionar de las personas de acuerdo a lo establecido por las normas que regulan la vida, no sólo en su aspecto social o relacional, sino que muchas veces, incluso, en el ámbito más privado. Y esa exigencia de sometimiento y obediencia, nos habla nuevamente del poder.

Pero no es "el Poder", cómo lo señala Foucault, descartando que se refiera al "conjunto de instituciones y aparatos que garantizan la sujeción de los ciudadanos en un Estado determinado"¹³. Por poder, dice él, hay que entender "la multiplicidad de las relaciones de fuerza inmanentes y propias del dominio

en que se ejercen, y que son constitutivas de su organización"¹⁴. Cómo se puede ver, para Foucault el poder surge en cualquier relación.

Las nociones que más se repiten en las diferentes definiciones señaladas, apuntan al hecho de que la violencia es sobre todo una conducta, un comportamiento. Por lo tanto, la violencia es una forma de relacionarse que se aprende, lo cual permite imaginar formas de prevención. En segundo lugar, esta conducta se dirige a otro específico o a un grupo, es decir, el objeto es externo en relación al sujeto agresor o violento. Sólo en la definición de la OMS se plantea la posibilidad de que la violencia esté dirigida sobre el mismo sujeto agresor. En tercer lugar, se puede postular que la violencia se inscribe en la historia del agredido, y también en la del agresor, ya sea como una lesión o bien hasta producir la muerte, de tal forma que sus efectos pueden ser visualizados a largo plazo. Por último, todos los autores citados hacen mención al poder. Se es violento con el fin de conseguir algún resultado, alguna modificación en la realidad circundante.

El conflicto, como se señaló anteriormente, es una situación irremediable, tal vez pasajera, que surge en la relación con un otro, y que traduce una tensión negativa en dicha relación. Desde esta perspectiva, la relación entre el conflicto y la violencia, es una cuestión de grados, de forma de sentir y de expresarse en la relación con ese otro. Quién actúa violentamente, a través de su accionar manifiesta un conflicto frente a un otro. Quién, a su vez, siente que está viviendo un conflicto con otro, no necesariamente va a desarrollar una conducta violenta.

Habiendo señalado la importancia de estudiar el conflicto familiar, y más específicamente la violencia intrafamiliar, se decidió abordar el tema del suicidio, considerando que éste se concibe como un hecho violento y que se da al interior de una familia. En este sentido, ¿qué relación se puede establecer entre el suicidio y la familia? Al ser una causa de muerte, es más fácil determinar su ocurrencia. Pero al mismo tiempo, tiene fuertes implicancias sociales, las que debieran aparecer con más claridad precisamente en el sistema social más próximo al individuo, es decir, la familia.

Decir que el suicidio es un hecho violento, está respaldado por numerosas publicaciones. De partida, en un informe publicado el año 2002, la Organización Mundial de la Salud considera la violencia como un importante problema de salud pública¹⁵. Para el año 2000, alrededor de 1.659.000 personas mueren como resultado de la violencia autoinflingida, interpersonal o colectiva. De estos tres tipos de muerte, la más frecuente es el suicidio. Según los cálculos publicados en este informe, cerca de 815.000 personas se suicidan cada año. Como se puede ver, esta cifra es similar al total de homicidios más las muertes producidas por violencia colectiva. Es decir, representa casi la mitad de las muertes violentas ocurridas en el mundo.

En el trabajo de revisión señalado al inicio, se incorporaron artículos que daban cuenta de estudios y experiencias que hacen mención a que la ocurrencia del suicidio o de tentativas de suicidio se dan más en familias que presentan un cierto perfil de daño en su funcionamiento. Es el caso del estudio de Adams (1986)¹⁶. En este trabajo el autor comparó la historia familiar de un grupo de personas atendidas en una clínica psiquiátrica. Separó a los sujetos en estudio

en dos grandes grupos: uno, lo constituían las personas que habían sido atendidas por intento de suicidio, mientras el otro, estaba constituido por personas atendidas por presentar diferentes problemas en el ámbito de la salud mental. La historia familiar permitió al autor definir tres tipos de familia. La familia estable, se caracterizaba por presentar un adecuado cuidado parental, consistentemente disponible y sin privación material. El segundo tipo de familia, nombrado como familia inestable, presentaba un adecuado cuidado parental, inconsistentemente disponible por razones físicas o emocionales, con o sin privación material. Por último, el tercer tipo de familia, que el autor denominó caótica, se caracterizó por presentar una deprivación gruesa del cuidado parental adecuado, asociado a separación prolongada de figuras parentales y a menudo con deprivación material y emocional por período de tiempo prolongado; significa un ambiente de incertidumbre constante.

Entre ambos grupos de pacientes estudiados, se apreció una diferencia importante. En los pacientes que habían intentado el suicidio, la familia estable era reconocida en el 9% de los casos, mientras que en los pacientes con otros problemas de salud mental, el porcentaje llegaba casi al 60% de los casos. Por el contrario, en las personas que habían intentado el suicidio, las familias caóticas representaban el 38% de los casos, mientras que en el otro grupo llegaban sólo al 5,8% de los casos.

Cuando se da una situación de suicidio, la familia incorpora este hecho dentro de su biografía. El suicidio es un hecho vital, se refiere a la muerte de alguien y en ese sentido, constituye una pérdida, un duelo, quizás uno de los más difíciles de enfrentar. Es un hecho violento, en el cual, la persona que se suicida, envía

un mensaje a los sobrevivientes. Pero es un mensaje que no podrá ser respondido. "El suicidio, señala Guillem (1998)¹⁷, en el seno de una familia o de una comunidad, plantea una situación tan traumática que suele llevar a los supervivientes, dolidos, rabiosos y con intensísimos sentimientos de culpa, a configurar duelos muy patológicos provocando, tanto individual como colectivamente, regresiones hacia un narcisismo patológico"

En la bibliografía acerca del duelo, existe una coincidencia en el sentido de señalar el duelo por suicidio como uno de los más difíciles de abordar. Incluso, se llega a hablar de un "duelo imposible", en el sentido de que el proceso que se da después de un suicidio, deja abierta una herida en los supervivientes, que jamás podrá ser cerrada.

La reacción más fuerte que se produce después de un suicidio entre los sobrevivientes, es un sentimiento de culpa muy grande. Frases como "Algo hicimos mal", denotan la reacción del entorno del suicida.

Aparte de la rabia, también se cita con frecuencia el surgimiento de un sentido de vergüenza muy notorio. En la sociedad occidental, el valor de la vida está entre los primeros a ser cuidados. Dentro de la escala de valores, incluso más allá de opciones religiosas, el valor de la vida aparece como quizás el más importante. Luego, un atentado a la vida, aunque sea un auto-atentado, significa una trasgresión demasiado grande. Se transforma en un delito. De hecho, en muchas sociedades occidentales el suicidio es considerado un delito. Si bien el suicida no puede ser perseguido por su accionar, si pueden ser juzgados quiénes colaboran con su propósito.

El suicida aparece como un delincuente, pero que no puede ser castigado. La sanción social, entonces, se desplaza hacia su entorno más cercano. Hay una mezcla de significaciones que giran en torno al suicidio. Habitualmente, se piensa en el suicida como alguien que estaba sufriendo de forma significativa. Tanto, que decidió tomar su propia vida en sus manos. Y el entorno del suicida aparece entonces como el responsable de tal sufrimiento.

Además, siendo el suicidio un hecho violento, se puede considerar que es una forma más de la violencia que se vive dentro de una familia. Ciertamente, tomar la propia vida no es lo mismo que tomar la vida del otro u otra. El suicidio, en este sentido, tiene una significación diferente al homicidio. Pero ambos son hechos que pueden inscribirse al interior de una familia.

De ahí que consideramos el suicidio como un hecho violento. Es un mensaje que el suicida instala en la biografía de una familia, pero que al mismo tiempo no puede ser respondido. Los sobrevivientes del suicidio, reciben el mensaje, pero al mismo tiempo reciben la notificación del término del diálogo.

La relación entre el suicidio y la familia aparece de partida como una relación bi-direccional. En este aspecto, no tiene sentido discutir cuál podría ser la causa del suicidio. Localizar una posible causa en el sistema familiar, significa dejar de darle importancia a lo que ocurre después del suicidio en la familia del sobreviviente.

Por último, pero no por eso menos importante, el suicidio, desde que comenzamos su estudio, nos pareció siempre como un problema ligado especialmente al género masculino. En Chile, como en muchos otros países, el cuidado de la salud de las personas está orientado fuertemente al cuidado de la salud de las mujeres. No cuestionamos este hecho, pero sí nos parece difícil de explicar que no exista, frente a este hecho, ninguna forma de intervención. En este campo, al parecer, opera una discriminación diferente a la que habitualmente es motivo de movilizaciones de energía al interior de la sociedad.

Sin embargo, la principal motivación para este estudio, proviene de una postura ética. La medicina debe enfrentarse en forma cotidiana con personas que acuden con problemas de salud en los que el antecedente de haber sufrido la violencia está más o menos presente. Son múltiples las formas en que se presentan las quejas que en su origen o desarrollo, tienen algo que ver con el circuito de la violencia. La medicina, en su afán meramente curativo, se reduce muchas veces al tratamiento de las secuelas de la violencia. Sin embargo, son muchas las voces que se alzan señalando que una de las metas de la medicina es el trabajo preventivo y promocional.

Descripción y fines del estudio

En resumen, decidimos comenzar un estudio acerca del suicidio, con los siguientes fines:

1. Caracterizar el problema del suicidio en la sociedad chilena. Lecturas iniciales nos permitieron constatar que poco o nada se había investigado sobre este tema en Chile, a pesar de que aparecía como una causa de mortalidad importante, sobre todo en grupos jóvenes.
2. Estudiar la posible relación entre el suicidio y el ambiente familiar. Desde la partida, incorporamos la visión de que si existe una relación, esta debía ser doble o bi-direccional. Por una parte, quisimos averiguar si existen ciertos procesos que se den al interior de una familia y que pueden explicar la conducta suicida. Pero al mismo tiempo, pensábamos que el suicidio es un hecho que se inscribe en la historia de una familia. Por lo tanto, conocer los mecanismos que llevan a él, puede ser relevante a la hora de prevenir daños en la familia de los suicidas.
3. Entregar elementos que ayuden a prevenir el suicidio. Desde las primeras lecturas, nos pudimos dar cuenta que el suicidio existe quizás desde siempre en la historia de la humanidad. La historia de sociedades antiguas nos muestra la existencia de algunos suicidios que han trascendido su época. En ese sentido, pensar en una labor de prevención, como habitualmente lo hace la medicina, puede aparecer como una ambición desmesurada. Pero nos motiva el hecho de las huellas que el suicidio deja en los sobrevivientes. Además, que como señalamos anteriormente, consideramos el suicidio como un hecho violento. En este sentido, nos parece justificado, desde el punto de vista de la medicina, hacer esfuerzos con el fin de disminuir la ocurrencia de hechos violentos.

Nuestra opción metodológica, estuvo centrada en la exploración de datos provenientes desde distintas fuentes, tanto en Chile como de otros países. Por razones de presupuesto, no hemos podido realizar una investigación de casos que nos permitiera probar ciertas hipótesis surgidas del mismo análisis de las bases. Por lo que hemos decidido hacer uso de múltiples fuentes de datos, que nos permitan ir elaborando respuestas a las preguntas que fueron surgiendo a medida que avanzábamos en nuestra investigación.

Este estudio no pretende hacer un uso exagerado de las herramientas estadísticas. Lo que interesa, es seguir con una lógica de pensamiento, que se apoya en su propio desarrollo. Las herramientas estadísticas se usarán sólo cuando sea estrictamente necesario.

Comenzar un estudio acerca del suicidio lleva necesariamente a examinar el trabajo de Durkheim (1995), publicado por primera vez en 1897 y que será citado en varias ocasiones en el transcurso de este trabajo. El estudio de Durkheim se mantiene hasta el día de hoy como una referencia casi obligada en el estudio del suicidio. En él, el autor revisa el suicidio tal como se observaba en los países principalmente europeos en la segunda mitad del siglo XIX. Haciendo uso de herramientas estadísticas básicas, se describen los aspectos centrales del tema. Muchas de las conclusiones a las que Durkheim llegó, se mantienen inalterables en el comienzo del siglo XXI. Así, por ejemplo, aún hoy día se constata que el suicidio es más frecuente en hombres que en mujeres; en solteros que en casados; en viejos que en jóvenes.

Durkheim despreció el enfoque individual para entender el suicidio: "*El fenómeno que se propone explicar no puede ser debido mas que a causas extrasociales de una gran generalidad, o a causas propiamente sociales. Nos plantearemos por lo pronto la cuestión de cuál es la influencia de las primeras y veremos que es nula o muy restringida.*"¹⁸ En el transcurso de su obra, él llega a explicar el suicidio por razones puramente sociales, con lo cual se abrió una discusión vigente hasta hoy acerca de si el suicidio se debe a causas individuales, como lo defiende la psicología y la psiquiatría, o bien responde a un hecho social, como lo señala la sociología y una parte de los estudios epidemiológicos.

Durkheim establece una tipología del suicidio, señalando que cada caso tiene su origen en el marco social que rodea al individuo. El *suicidio egoísta*, se da porque la sociedad, "*...si está fuertemente integrada tiene a los individuos bajo su dependencia, considera que están a su servicio y, por consiguiente, no les permite disponer de sí mismos a su antojo. Se opone, pues, a que eludan, por la muerte, los deberes que con ella tienen*". Más adelante señala que "*En cuanto se admite que (los individuos) son los dueños de sus destinos, a ellos les corresponde señalar el término de los mismos.*" Llega a estas conclusiones, después de analizar la debilidad de estructuras sociales como las sociedades religiosas, la familia y la sociedad política. Según él, el suicidio varía en forma proporcional al grado de desintegración de cada una de estas micro-sociedades. Ante estos grados de desintegración, el individuo se siente libre de disponer de su vida, porque piensa que no hay nada que lo ate a la vida. La razón de vivir, en estas circunstancias, se explica sólo desde el individuo, el cual, enfrentado a las penurias de la vida, no encontraría razón para vencer los

obstáculos que encuentra. Es decir, *"Cuanto más debilitados son los grupos a los que pertenece, menos depende de ellos, más se exalta a sí mismo para no reconocer otras reglas de conducta que las fundadas en sus intereses privados"*¹⁹

En segundo lugar, Durkheim señala el *suicidio altruista*. A diferencia del suicidio egoísta, que se produce por un exceso de individuación, en el suicidio altruista la persona se mata porque existe una norma social que promueve la auto-eliminación en ciertas circunstancias. Son los suicidios que el autor identifica en lo que él llama "sociedades inferiores", como la sociedad hindú del siglo XIX, en que las mujeres se mataban después de la muerte del marido. Sin embargo, el suicidio altruista también lo describe dentro de ciertos grupos de países europeos contemporáneos con su estudio. En esta categoría entran los suicidios al interior de los ejércitos.²⁰

En tercer lugar, Durkheim describe el *suicidio anómico*, partiendo de un análisis que hace sobre el efecto social de las crisis económicas y cómo ellas afectan a los diferentes grupos sociales. Su planteamiento es que los grupos con mayor riqueza, con mayor acceso a los bienes materiales, sufren más el estado de anomia, que los obreros, ya que en los primeros no existe, o existiría en menor grado, el factor regulador que impone la pobreza. *"Las clases inferiores - escribe Durkheim - tienen al menos su horizonte limitado por aquellas que les están superpuestas, y, por eso mismo, sus deseos son más definidos. Pero los que no tienen más que el vacío sobre ellos, están casi forzados a perderse en él, si no hay fuerza que los impulse hacia atrás."* Más adelante señala que el suicidio anómico difiere de los otros suicidios en *"...cuanto depende, no de la*

manera de estar ligados los individuos a la sociedad, sino del modo como ella los reglamenta."²¹ La anomia viene a ser la falta de una norma social que regula el comportamiento social y los deseos individuales.

En resumen, Durkheim estableció tres tipos fundamentales para entender la conducta suicida. Los tres, estarían causados por fenómenos sociales. "No es una metáfora, según él, decir que cada sociedad tiene para el suicidio una aptitud más o menos pronunciada."²² Comparando el suicidio egoísta con el anómico, el señala que "el primero se pierde en el infinito del ensueño; el segundo, en el infinito del deseo."²³ En ambos casos, lo que está en juego son las relaciones del suicida con el tejido social. En el suicidio egoísta, se han debilitado los lazos que le unen a la sociedad. En el suicidio anómico, se desea más de lo que conviene.

En otra parte de su obra, Durkheim señala "la sociedad no es solamente un objeto que atraiga, con una intensidad desigual, los sentimientos y la actividad de los individuos. Es también un poder que los regula."²⁴ Una lectura distinta que podemos hacer de este planteamiento, reenvía a lo discutido anteriormente, en el sentido de que el poder, este poder que regula y administra la vida de las personas, ha fallado, en el caso de los suicidas, en doble instancia. En el suicidio egoísta, no ha logrado convencer (o seducir) al suicida para que éste encauce su vida en los lazos sociales que están predefinidos para él. En el suicidio anómico, no ha logrado poner el freno necesario para que la vida de cada persona transcurra de acuerdo a las posibilidades reales de satisfacción que el conjunto de la sociedad pone a su disposición. En ambos casos, lo que está en juego es el poder, sus mecanismos

de coerción y corrección. El suicida desafía al poder y se ubica en sus márgenes, se desplaza a través de sus límites, los cuáles cuestiona una y otra vez. Es un trasgresor.

Recientemente, Baudelot y Establet (2006)²⁵ publicaron un nuevo estudio, que parte desde las conclusiones elaboradas por Durkheim, pero que incorpora la evolución que ha tenido el suicidio en el siglo XX, especialmente en los países desarrollados. Los autores parten por invertir la relación establecida por Durkheim, en el sentido de que, según ellos, no es la sociedad la que permite entender el suicidio, sino que a la inversa, es el suicidio el que permite entender (o iluminar) ciertos procesos sociales.

Por otro lado, ellos ponen como eje central del análisis el estudio de la riqueza y su relación con el suicidio. En esta línea, sostienen que según sus datos no es correcto afirmar que "la miseria protege", como lo afirmó Durkheim. Esto a pesar de que el suicidio es un fenómeno más frecuente y recurrente en países ricos que en países pobres, lo que puede llevar a pensar de que efectivamente existe una relación proporcional entre riqueza y suicidio. Sin embargo, esta afirmación es desmentida por las tasas de suicidio que se encuentran en países con bajo nivel de desarrollo económico, como es el caso de los países del antiguo bloque soviético, quienes están dentro de los países con mayores tasas de suicidio.

El dato más relevante de esta relación entre riqueza y suicidio, es que el análisis efectuado al interior de cada país, muestra que la población que presenta las tasas más altas de suicidio, es la población más pobre. Por el

contrario, la población más acomodada, la que hace uso con mayor intensidad de los beneficios de la sociedad, es la que presenta las tasas más bajas. Esta situación, los autores la explican en función de modificaciones importantes en el mercado del trabajo. Los más pobres, señalan, se emplean en trabajos con mayores niveles de stress, más precarios, con mayores niveles de flexibilidad en los horarios. Esta mayor incertidumbre en el mercado laboral, se asocia simultáneamente a un menor consumo de los bienes que la sociedad moderna ofrece. Son los más pobres, y especialmente los hombres, los que hacen un menor uso de los beneficios de la medicina moderna, sobre todo de las acciones de prevención y promoción de la salud. En resumen, las condiciones que se acaban de mencionar afectan un factor clave, como es, el uso del cuerpo. Y no sólo su uso, sino que la duración del mismo

De la misma forma, tratan de explicar porque hoy día se dan más suicidios en gente joven que en gente vieja, lo cual parece ser un fenómeno relativamente reciente en las sociedades desarrolladas como en las que están en vías de desarrollo. La población más vieja goza aún de un modelo de desarrollo planificado por el estado, que les asegura una vejez más tranquila. Ante la mayor certidumbre de los ancianos, se opone una mayor incertidumbre de las nuevas generaciones, que ven prolongarse el período de dependencia de sus familias de origen. Esta mayor incertidumbre en las generaciones jóvenes se grafica, por ejemplo, en un aumento de la edad en que se contrae matrimonio, situación observada en numerosos países del mundo. En el caso chileno la edad media al contraer matrimonio también ha experimentado un alza, tanto en hombres como en mujeres. Así, en 1980 la edad media era de 23,8 años en mujeres, mientras que en 1998 pasó a ser de 26,9. En el mismo período, esta

cifra aumentó en el caso de los hombres, de 26,3 a 28,9 años. Es decir, tanto hombres como mujeres se casan cada día más tarde, lo que según la mayoría de los autores que han investigado este fenómeno, se relaciona con su inserción al mercado laboral.

Estos datos demostrarían lo que los autores quieren probar en su estudio: el suicidio y sobre todo las modificaciones en la forma en que se presenta en distintos momentos de la historia de una sociedad, van mostrando los cambios sociales que en ella se operan, especialmente, aquellos ligados a la acumulación de riqueza. Esta acumulación de riqueza produce otros cambios, pero ellos serían secundarios.

El estudio recién comentado se basa especialmente en la evolución del suicidio en los países desarrollados, sobre todo del continente europeo. Sin duda, esta opción está basada en parte en el hecho de que son esos países los que acumulan una estadística más prolongada de causas de muerte, lo que permite efectuar estudios de más larga duración. No es el caso de los países latinoamericanos, que son escasamente analizados en este estudio.

En el contexto de los países de América Latina, según las estadísticas entregadas por la Organización Panamericana de la Salud, se observan tasas de suicidio bastante más bajas de las que se observan en los países europeos, considerando los 20 países de los cuales se dispone de datos para el año 2002. Llama la atención que el país que presenta las mayores tasas de suicidio, es Cuba, con una cifra de 18,1 casos por 100.000 habitantes. Es interesante en el sentido de que Cuba es el único país de América Latina que mantiene un

régimen político similar al que tuvieron los países de la ex Unión Soviética, los que a su vez son los que presentan las mayores tasas de suicidio entre los países europeos.

Dentro del contexto de América Latina, Chile ocupa el tercer lugar en cuanto a magnitud de las tasas de suicidio, con una cifra de 10,0 por cada mil habitantes, cifra igual a la que presenta El Salvador. El segundo lugar, lo ocupa Uruguay, con una tasa de 15,9 por cada 100.000 habitantes.

¹ Moos, R.H. y Moos. B.S. (1975). A tipology of Family Social Environments. *Fam Proc*, 15, 357-370.

² Minuchin S., Rosman B. y Baker L. (1978). *Psychosomatic Families*. Cambridge, Mass, Harvard University Press.

³ Strauss. M.A. Feb. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *J Mar Fam*, 41, 75 - 88

⁴ Porte B. y O'Leary D.K. (1980). Marital discord and Childhood Behavior Problems. *J of Abnormal Child Psychology*, 8(3), 287-295.

⁵ Snyder D.K. y Regts J.M. (1982). Factor Scales for Assessing Marital disharmony and disaffection. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 50(5), 736-743.

⁶ Lavee Y., McCubbin H.I. y Olson D.H. (1987). The effect os Stressful Life Events and Transitions on Family Functioning and Well-Being. *J Mar Fam*. 49, 857-873.

⁷ Weingarten H. y Leass, S. (1987). Levels of marital conflict model: a guide to assessment and intervention in troubled marriages. *Amer J Orthopsychiat*. 57(3), 407-417.

⁸ Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad*. México. Siglo XXI editores.

⁹ Hijar-Medina, M. y cols. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública Mex*. 39 (6), 565-572.

¹⁰ Informe Mundial sobre la violencia y la salud. (2003) Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

¹¹ Franco, S. (2003). A Social-Medical Approach to Violence in Colombia. *Am J Public Health*. 93, 2032-2036.

¹² Maturana, H. (1995). *Biología y Violencia*. En "Violencia en sus distintos ámbitos de expresión". Coddou y cols. Eds. Santiago, Chile. Ed. Dolmen.

¹³ Foucault, M. Op. cit. pp 112

¹⁴ Foucault, M. Op. cit. pp 112

¹⁵ Id. ant.

¹⁶ Adam K. (1986). Early Family Influences on Suicidal Behavior. *Ann Ny Acad Sci*. 487, 63-76.

¹⁷ Guillem, P. (1998). Desorganización narcisista y suicidio. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid*. 27, 89-108

¹⁸ Durkheim, E. (1995). Madrid, España. *El suicidio*, Ed. Akal. pp. 15

¹⁹ Id., pp. 214-215.

²⁰ Id., pp. 224-254

²¹ Id., pp. 277-278

²² Op. Cit. pp. 326.

²³ Op. Cit. pp. 314

²⁴ Op. cit. pp 255.

²⁵ Baudelot, C. y Establet, R. (2006). *Suicide, l'envers de notre monde*. París. Ed. Seuil.

Capítulo 1

Evolución de las muertes por causa externas.

Para contextualizar mejor el tema del presente estudio, se actualizará la información de lo que ocurre en Chile en torno a las muertes violentas, con una perspectiva epidemiológica. Dentro de las herramientas que entrega la epidemiología una forma de medir los efectos de la violencia es el estudio de las causas de muertes, con el fin de dimensionar la frecuencia y el impacto de las muertes consideradas violentas. Pero, ¿cuáles son las muertes consideradas violentas? En este punto encontramos dos aproximaciones. Por un lado, se considera como muerte violenta, todas aquellas clasificadas en el grupo de "Causas Externas de Morbilidad y Mortalidad" (OMS, 1992)¹. Es, quizás, la forma más tradicional de estudiar el tema (Masson, 1997)². Sin embargo, al interior de este grupo se hace mención a aquellas muertes que se producen ya sea en forma intencional o accidental. Por otro lado, se puede encontrar una segunda aproximación de algunos autores^{2,3}, que consideran que esta agrupación es demasiado amplia, ya que las causas accidentales tienen un distinto significado, en comparación a las causas violentas. Además, su impacto también es diferente, así como sus formas de prevención.

En la introducción se ha citado el informe de fines del año 2002, en el cual la Organización Mundial de la Salud muestra el impacto de la violencia a nivel mundial³. Este impacto está dado por cifras de mortalidad y morbilidad, además de los costos asociados a la violencia, que se traduce en un mayor gasto

en servicios de salud para las víctimas y la discapacidad de los sobrevivientes de hechos violentos. A partir de esta recopilación, se plantea que hoy la violencia es un problema de Salud Pública. La cifra de muertes violentas para el año 2000, a nivel mundial, representa una tasa ajustada por edad de 28,8 por 100.000 habitantes. En esta aproximación de la OMS se excluyeron situaciones que caen dentro del grupo de Mortalidad por causas externas, como son los accidentes de tránsito y los accidentes laborales. En definitiva, la OMS incorporó solamente los suicidios, los homicidios y las muertes originadas en conflictos bélicos, como causas de muerte violenta.

Con el fin de lograr una mejor comprensión del tema, se describirá en primer lugar el total de muertes originadas por causas externas. A continuación, el énfasis estará en la descripción de las muertes violentas, es decir, muertes originadas por suicidio u homicidio. Se aleja de la definición de violencia las muertes originadas en accidentes de tránsito y en menor medida las muertes originadas en accidentes laborales. En un enfoque que considere condiciones macro-sociales, es posible que estas últimas muertes sí puedan ser consideradas como violentas. Un análisis del mercado del trabajo, puede llevar a la conclusión de que hoy día se dan situaciones ligadas al trabajo que pueden ser consideradas como violentas. Pero en este trabajo, que apunta prioritariamente al estudio de variables micro-sociales, este enfoque no será considerado.

En Chile, la mortalidad general en el año 2003 es de 5,3 por mil habitantes. En el caso de los hombres, la cifra es de 5,8 y en el caso de las mujeres, se llega a 4,8. No existen estudios previos que aborden el tema de la violencia y su

Capítulo 2.

Evolución de las muertes por suicidio.

Introducción

En la sección anterior se mencionó a una publicación de la OMS (OMS, 2002)¹, en que se trata del impacto de la violencia en la salud. De acuerdo a la definición utilizada en dicho trabajo, se estudiaron tres tipos de muertes asociadas a la violencia: suicidio, homicidio y aquellas ligadas a acciones bélicas. De estas tres, la mayor en el conjunto de los países estudiados corresponde al suicidio, con una tasa de 14,5 por cada 100.000 personas.

Pero también, en dicho estudio se aprecia que las tasas de suicidio varían ampliamente entre los países que informan a la OMS. De 71 países incorporados en la publicación, la tasa más baja se constata en Azerbaiyán (1,1 por 100.000 habitantes), mientras que la tasa más elevada corresponde a Lituania (51,6 por 100.000 habitantes). Además, la publicación hace notar que en algunos países las tasas van en disminución, como es el caso de Inglaterra y Gales. En la misma publicación se señala un aumento de las tasas en algunos países europeos, lo que es concordante con otros estudios publicados a propósito de la situación en Bélgica (Moens, 1984)² y España (Granizo, 1996)³.

En el ámbito latinoamericano, se encuentra un trabajo efectuado en México (Borges, 1996)⁴. En él, los autores, habiendo observado el período entre 1970 y 1994, concluyen que las tasas van en aumento. Para el primer año estudiado, la

tasa general llega a 1,13 por 100.000 habitantes, mientras que al final del período, la tasa es de 2,89.

Existen pocos trabajos que se hayan publicado y que den cuenta de la magnitud y las tendencias del suicidio en Chile. Uno de estos trabajos, fue realizado por Trucco (1975)⁵. En él se describen las tasas de suicidio entre los años 1930 y 1971. En la publicación de dicho trabajo, no se presentan las tasas generales durante estos años, si bien es posible constatar, a partir de un gráfico, que las tasas más altas se observan en los primeros años estudiados. Posteriormente se aprecia una baja con un alza entre los años 1955 y 1960. Hay que hacer notar que las tasas son calculadas considerando como denominador la población mayor de 15 años.

Un trabajo publicado en 1967 por Chuaqui y cols. (1967)⁶ señala que en Chile la tasa de suicidios era de 3,4 por 100.000 habitantes, según el Anuario Demográfico de las Naciones Unidas para el año 1964. Su estudio se concentra en los casos registrados en Santiago en los años 1961 y 1962. La fuente de información usada, son los registros obtenidos desde el Servicio Médico Legal de Santiago, por lo que no representa la realidad nacional. Muestra una tasa de 15,89 casos por 100.000 habitantes, considerando como población expuesta sólo aquella mayor de 10 años.

Este estudio fue replicado posteriormente por Trucco (1976)⁷. En este caso, el autor también se basó en los registros del Servicio Médico Legal de Santiago para los años 1971 y 1972. Se encontraron 648 casos, de los cuales, 496 correspondían a hombres y 152 a mujeres.

Uno de los últimos estudios fue realizado por Stefoni (2000)⁸. Este trabajo estuvo orientado a examinar la realidad del suicidio en el servicio militar, que en Chile tiene la característica de ser obligatorio. Incorpora las tasas observadas en la población general entre los años 1980 y 1999. Utiliza datos secundarios extraídos de otra fuente para el período que va de 1980 a 1989. Entre 1990 y 1998, los datos son extraídos desde los anuarios publicados por el INE. Se aprecia que existe una tendencia al aumento del suicidio. En 1980, la tasa, de acuerdo a éste trabajo, fue de 4,80 casos por 100.000 personas. Al final del período de estudio se llega con una tasa de 6,96 por 100.000 personas. Esto lleva a la investigadora a concluir que Chile presenta una tasa considerada como media según las comparaciones internacionales.

En un trabajo publicado por Schmidtke (1999)⁹, y que describe las tasas observadas por suicidio en distintos países del mundo, Chile aparece con una tasa, en 1992, de 8,4 por 100.000 habitantes, en el caso de los hombres, y de 1,4 en el caso de las mujeres. Estos datos no se pueden comparar con las cifras entregadas por Stefoni, ya que en este último caso, la autora presenta una tasa general, no separada por sexo.

También, este autor menciona que un punto esencial lo constituye la validez y la confiabilidad de los cálculos basados en los certificados de defunción. Entre las razones que explicarían las diferencias, él señala las tasas de autopsia y los procedimientos ligados a la entrega de los certificados de defunción. Otras publicaciones han llamado la atención sobre la validez de las cifras, señalando que pueden estar sub-estimadas, por razones religiosas, por presiones de los

sobrevivientes, que quieren ocultar el hecho, o por falencias en la confección de los certificados de defunción.

Por último, el Ministerio de Salud publicó en 1995 una serie destinada a mostrar la magnitud de los traumatismos en Chile (Toro, 1995)¹⁰. La tasa de suicidio para el año 1993 era de 8,1 por 100.000 personas. Se señala que Chile es el país de América Latina con el mayor porcentaje de muertes en las que se ignora si la causa fue accidental o intencional. Los autores postulan que una parte de los diagnósticos que aparecen en este rubro, deben corresponder en realidad a casos de suicidio u homicidio.

Metodología

Para los fines del presente estudio, hemos usado las mismas bases descritas en la sección anterior. En este capítulo, se describe, en primer lugar, la tendencia de la mortalidad por suicidio, considerando como tales todas aquellas muertes que aparecen en las bases de datos asociados a una causa externa, codificadas entre los dígitos E950 y E959, para los años que van desde 1980 hasta 1996 (CIE9 o ICD9). Para los años que van desde 1997 hasta 2003, los códigos utilizados son los que van desde X600 hasta X849 (CIE10 o ICD10). Además, se consideró como válido, para el registro de los suicidios, aquellos casos en que la edad del fallecido era de 10 años o más. Las cifras de población total usadas corresponden a la proyectada por el INE para cada año.

También se describe en este capítulo la tendencia de la mortalidad por homicidio. Se considera como homicidio todas aquellas muertes codificadas con

los dígitos que van de E960 hasta E969 para los años que van de 1980 hasta 1996. A partir de 1997 se considera como muerte por homicidio los casos que son codificados entre X85 e Y09, más los que son codificados como Y871.

En tercer lugar, en este capítulo se explora la existencia de una sub-notificación en el registro de mortalidad por suicidio. Para ello, se consultaron otras fuentes de información, que no tienen el carácter oficial que se les reconoce a los datos procesados por el Instituto Nacional de Estadísticas. Así, por ejemplo, cada vez que se produce una muerte que pueda estar causada por un hecho violento, se abre un expediente judicial en los tribunales del crimen. En el transcurso de la investigación, los jueces ordenan a la policía de investigaciones o de carabineros que efectúen las indagaciones correspondientes para aclarar el hecho. Además, se solicita al Servicio Médico Legal, que es el encargado de efectuar la autopsia y emitir el certificado de defunción, que emita un pronunciamiento sobre la causa que produjo la muerte.

Considerando este hecho, se examinó el Compendio Estadístico correspondiente al año 2000, publicado por el INE (2000)¹¹. En él se señala, en el apartado acerca de "Otras Estadísticas Sociales y Judiciales", la cifra de suicidios ingresadas a los diferentes juzgados del crimen a lo largo del país. En segundo lugar, se examinó el "Anuario de Estadísticas policiales de Investigaciones de Chile", publicado también por el INE (1998)¹² y que muestra el número de suicidios investigados por la policía civil en 1998. Por último, se examinaron las estadísticas elaboradas por el Servicio Médico Legal, correspondientes a los años que van desde 1995 a 1998^{13:14:15}. Estas cifras se muestran en el cuadro 1, comparándolas con las cifras entregadas por el INE

que entrega el resumen de los datos contenidos en los certificados de defunción y que tienen el carácter de oficial.

Cuadro 1.
Comparación de cifras de suicidio entregadas por diferentes fuentes. 1995 - 1998

Año	Fuente de datos			
	Sistema judicial	Policía civil	Servicio médico legal	INE
1995	1.176			930
1996	1.130		1.036	918
1997	1.180		1.108	910
1998	(*)	694	1.239	1.022

(*) Para el año 1998, las Estadísticas judiciales pasaron a depender de la Corporación Administrativa del Poder Judicial. Los criterios de agrupación fueron cambiados y no se dispone de la cifra para este año.

Se puede ver que las cifras que aparecen en los anuarios del INE, basada en los certificados de defunción, son menores a las cifras procesadas por el sistema judicial o por el Servicio Médico Legal. Por otro lado, las cifras de casos investigados por la Policía Civil son menores a las anteriores, debido a que la investigación de una parte de los casos es encargada a Carabineros. La Policía de Carabineros, o Policía Uniformada, no considera en su estadística una separación de los datos que permita conocer cuántos casos de suicidio le corresponde investigar.

Por otro lado, los casos de suicidio ingresados a los tribunales, son difíciles de investigar en su totalidad, por la cantidad de juzgados que existían en el país (245) antes del proceso de reforma penal, que tuvo lugar en Chile en los primeros años del presente siglo. Además, resultaba difícil constatar el número de casos ingresados a los tribunales, porque no existía un sistema de registro que permitiera identificar las causas abiertas por suicidio, sin tener que examinar la totalidad de expedientes que se tramitan en las instancias judiciales.

Por lo tanto, con el fin de evaluar la sub-notificación, se decidió finalmente utilizar la información proporcionada por el Servicio Médico Legal para contrastarla con la información aportada por el INE.

Corrección de la Base de Datos elaborada por el INE

En el marco de esta investigación, se tuvo acceso a las fichas de las autopsias realizadas en el Servicio Médico Legal (SML) en varias oficinas del país, entre los años 1997 y 1999. Se seleccionaron los registros de aquellos casos en que el médico encargado de efectuar la autopsia hubiese concluido que se trataba de un suicidio. En algunos casos, se pudo acceder a la base de datos en medio magnético que algunas oficinas del SML han comenzado a construir, en lenguajes diversos y con estructura también diversa. En los casos en que este procedimiento no era posible, se consultaron directamente las fichas y se hizo una copia de la primera página en que aparecen los datos de identificación de la persona fallecida. Con estos datos se construyó una base de datos en medio magnético. Las fichas que fueron consultadas permanecen en las diferentes oficinas del SML repartidas en el país, y a nivel central se envían sólo datos consolidados. De ahí, que no se pudo obtener el total de casos de suicidio autopsiados por el SML en todo el país, por las dificultades que significa trasladarse a todas las sedes que existen en Chile. En el cuadro 2, se muestran los casos de suicidio informados en el total de oficinas del SML, en los años 1997, 1998 y 1999 y los casos en que se pudo obtener la información.

Cuadro 2

Disponibilidad de casos de suicidio según el total de casos informados por el Servicio Médico legal.
1997 - 1999

	1997		1998		1999	
	Suicidios	Disponibles	Suicidios	Disponibles	Suicidios	Disponibles
Total país	1.108	900	1.239	956	1.261	976
Porcentaje de disponibilidad	81%		77%		77%	

En primer lugar, se puede comprobar que del total de casos autopsiados en las oficinas o sedes del SML, se logró reunir la información de un 81% para el año 1997 y de un 77% para los años 1998 y 1999. Se escogieron estos años porque en años anteriores la información era de más difícil acceso.

Los datos que se usaron para efectuar la comparación entre la estadística del SML y las bases de datos aportadas por el INE, fueron el RUT (Registro Único de Identificación) y la fecha de nacimiento en conjunto con la fecha de defunción. Al haber similitud de una o más de estas variables, se consideró que se trataba de la misma persona y se modificó la causa de muerte en la estadística oficial, considerando lo informado por el Servicio Médico Legal.

Resultados

En la tabla 2.1., se muestran los resultados obtenidos en el cálculo de las tasas de mortalidad por suicidio y por homicidio en la población chilena, usando los datos aportados por el INE.

Se puede constatar que el número de casos ha ido en aumento, al igual que las tasas calculadas sobre la población general, tanto para los suicidios como para

los homicidios. En los primeros años de observación, las tasas de suicidio fluctuaban entre 4 y 5 casos por cada 100.000 habitantes, mientras que en los últimos años, las tasas se ubican sobre 10 por cada 100.000 personas. En el caso de la mortalidad por homicidio, en los primeros años la tasa oscilaba en torno a 3 casos por cada 100.000 personas, mientras que al final del período la cifra se eleva por sobre los 5 casos por 100.000 personas.

Tabla 2.1.
Número de casos de suicidio y homicidio por año
y tasas por 100.000 personas. Chile, 1980 - 2003.

Año	Número de casos de suicidio	Tasas	Número de casos de homicidio	Tasas
1980	514	4.61	143	1,28
1981	644	5.69	321	2,84
1982	630	5.48	354	3,08
1983	666	5.71	374	3,2
1984	734	6.19	386	3,26
1985	683	5.67	387	3,21
1986	655	5.35	376	3,07
1987	684	5.49	340	2,73
1988	697	5.50	393	3,1
1989	725	5.63	372	2,89
1990	743	5.67	404	3,08
1991	787	5.91	450	3,38
1992	657	4.85	401	2,96
1993	740	5.37	359	2,61
1994	801	5.72	410	2,93
1995	930	6.54	464	3,27
1996	918	6.37	437	3,03
1997	910	6.22	378	2,59
1998	1.022	6.90	419	2,83
1999	1.041	6.93	445	2,96
2000	1.474	9.69	793	5,21
2001	1.626	10.56	838	5,44
2002	1.599	10.26	840	5,39
2003	1.654	10.39	829	5,26

Estudio de la sub-notificación.

En la tabla 2.2. se muestra el resultado obtenido al hacer las comparaciones entre las bases del INE y aquella construida con los datos rescatados desde el SML.

Tabla 2.2.
Casos identificados en el SML y
que pudieron ser asociados con la base del INE.

Año	SML	Pareo
1997	900	883
1998	956	835
1999	976	812

Para el año 1997, se identificaron 900 casos de suicidio desde el SML. Al asociarlos con la base de datos elaborada por el INE, se pudo establecer la correspondencia con 883 casos (98,1%). Para el año 1998, se identificaron 956 casos de suicidio desde el SML y se pudo establecer la correspondencia con 835 registros de la base elaborada por el INE (87,3%). Finalmente, para el año 1999, los casos identificados desde el SML llegaron a 976. Se pudo establecer la correspondencia en 812 de ellos con la base de datos elaborada por el INE (83,1%). Las bases de datos así construidas se llamarán en adelante "base de mortalidad corregida".

Al usar la "Base de datos corregida", se modifican las tasas de suicidio a nivel nacional según se muestra en la tabla 2.3.

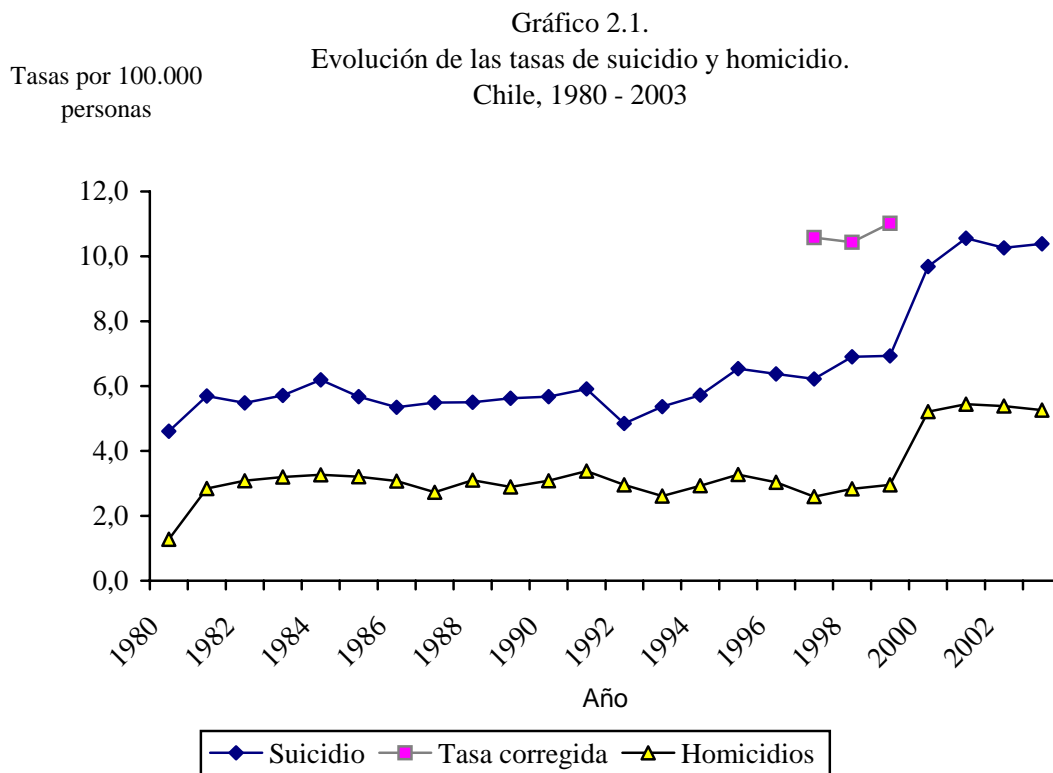
Tabla 2.3.
Modificación de las tasas al usar la base de datos corregida

Año	Base INE (*)	Base corregida (*)	Variación
1997	6,22	10,58	70,0
1998	6,90	10,44	51,4
1999	6,93	11,02	58,9

(*) Tasas por 100.000 personas

Es decir, la sub-notificación en materia de suicidio, al examinar las cifras oficiales, oscilaba entre los años 1997 y 1999, entre un 51 y un 70 por ciento.

Estos datos aparecen en el gráfico 2.1.



El estudio de la recta de regresión, muestra que el suicidio ha aumentado, entre 1980 y 1999, a razón de 0,06 en promedio anual. No se consideran los años 2000 hacia delante, porque ya se ha constatado que existe una sub-notificación y porque más adelante, se podrá ver que es precisamente en este año en que comienza a ser corregida la sub-notificación. De la misma forma, el estudio de la curva que representa la mortalidad por homicidio, muestra un aumento de 0,014 en promedio anual.

Discusión

Los datos muestran que la evolución de la tasa por suicidio en Chile, ha aumentado entre 1980 y 2002. Si se considera el promedio de las tasas de los primeros tres años (1980, 1981 y 1982) y se las compara con el promedio de los últimos tres (2001, 2002 y 2003) el aumento llega a un 99,6 por ciento, comparado con el período inicial.

Sin embargo, es necesario tener en cuenta que en los últimos tres años la tasa calculada aumenta en parte por las mejoras incorporadas en el sistema de registro y codificación de los certificados de defunción¹⁶. Tal como se señaló en la sección anterior, simultáneamente en estos tres años disminuyó el número de casos en que la muerte se codificaba en el grupo en que se ignoraba si eran accidentales o intencionales. De ahí que la comparación señalada recién, deba interpretarse con precaución.

Lo más lógico es comparar los primeros tres años con lo que ocurrió en los años 1997, 1998 y 1999, en que aún no se modificaba el sistema de registro y codificación. En este caso, también se observa un aumento, pero que sólo llega al 28,3 por ciento. Es decir, el aumento en las tasas se explica tanto por una mejoría en los sistemas de registro en los últimos cuatro años (disminución de la sub-notificación), como por un aumento real en el número de suicidios.

No es posible comparar los resultados con las tasas publicados en estudios previos, salvo por el trabajo realizado por Stefoni, ya que los estudios reseñados usaban como denominador la población sobre los 10 o sobre los 15 años, a diferencia del presente estudio que usa la población total. Sólo es posible comparar con el dato publicado en el trabajo de Chuaqui y cols., según el cual la tasa en Chile era de 3,64 según una publicación de las Naciones Unidas. La comparación con el trabajo de Stefoni, permite concluir que las cifras son similares.

El uso de diferentes fuentes de información, permitió ver que efectivamente se producía una sub-notificación, que oscilaba entre un 51 y un 70 por ciento. Las tasas corregidas para los años 1997, 1998 y 1999, son similares a lo que se observa posteriormente en los años 2000, 2001 y 2002. Se puede concluir, entonces, que la tasa real del suicidio en Chile oscila en estos años entre 10 y 11 por cada 100.000 personas.

Por otro lado, durante el proceso de recolección de los datos desde el Servicio Médico Legal, se pudo entrevistar a un número importante de patólogos que tienen a su cargo la autopsia médico legal en las diferentes zonas del país. La impresión recogida en estas entrevistas, es que en Chile no existe una presión social para ocultar la muerte por suicidio, como ha sido señalado por diferentes autores a nivel internacional. La sub-notificación comprobada en este estudio, tiene que ver más bien con problemas en el sistema de registro y codificación, como se mostrará en otra sección. En todo caso, durante el desarrollo del presente trabajo se corrigieron los problemas detectados, lo que permite contar hoy día con cifras más ajustadas a lo real.

Respecto a la evolución de la mortalidad por homicidios, se aprecia un aumento más moderado que en el caso de los suicidios. Si se hace el mismo ejercicio que se hizo con las tasas de suicidio, comparando la situación del final del período de observación (entre 1997 y 1999), en relación al período inicial (entre 1980 y 1982) se obtiene como resultado un aumento de 16,4 por ciento.

Llama la atención, en este sentido caso, el paralelismo que se observa entre ambas cifras. Ello se hace más evidente una vez que son graficadas. Por lo que se reafirma la opción de considerar en forma simultánea la mortalidad por suicidio y la mortalidad por homicidio como un hecho ligado a la violencia.

¹ Informe mundial sobre la violencia y la salud. (2003). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

² Moens, G.F.G. (1984). The Rise of Suicide Mortality in Belgium Between 1968-72 and 1978-81: Age, Sex and Geographical Characteristics. *Int J Epidemiol.* 13, 243-245.

³ Granizo, J.J., Guallar, E and Rodríguez-Artalejo, F. (1996). Age-Period-Cohort Analysis of Suicide Mortality Rates in Spain, 1959-1991. *Int Jo Epidemiol.* 25, 814-820.

⁴ Borges, G. y cols. (1996). Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica Mex.* 38, 197-206.

⁵ Trucco, M. (1975). Mortalidad por suicidio en Chile: 1930 – 1971. *Rev. Méd. Chile.* 103, 634-638

⁶ Chuaqui, C. y cols. (1967). El suicidio en Santiago de Chile. *Bol. Of. San. Panamericana.* 41, 212-222.

⁷ Trucco, M. (1976). Suicidios en el Gran Santiago. I. Aspecto médico legales. *Rev. Méd. Chile.* 104, 246-250

⁸ Stefoni, C. (2000). Suicidio en el Servicio Militar. Santiago, Chile. FLACSO.

⁹ Schmidtke, A. y cols. (1999). Suicide rates in the world. *Archives of Suicide Research.* 5, 81-89.

¹⁰ Toro, J. y Astroza. L. (1995). Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Departamento Epidemiología. Santiago, Chile.

¹¹ Compendio estadístico (2000). Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago, Chile.

¹² Anuario de estadísticas policiales. Investigaciones de Chile. (1988). Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago, Chile.

¹³ Ministerio de Justicia. (1998). Servicio Médico Legal. Anuario Estadístico 1995 - 1996. Santiago, Chile

¹⁴ Ministerio de Justicia. (1999). Servicio Médico Legal. Anuario Estadístico 1997. Santiago, Chile.

¹⁵ Para el año 1998, se dispone de una versión de las estadísticas en soporte magnético.

¹⁶ Explicadas en el capítulo 1.

impacto en las causas de mortalidad en Chile. Sólo se encuentran algunos datos elaborados por el Ministerio de Salud y que se refieren a mortalidades específicas, como el suicidio. Más adelante se presentan estos datos.

Metodología.

En el presente capítulo, se muestra la evolución de las muertes por causas externas en un período de 23 años, desde 1980 hasta el año 2003. Se usó la base de datos elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE), en la cual se registran todas las muertes ocurridas en Chile, desde el año 1980 hasta el 1999. Para los años 2000 a 2003 se usaron las bases entregadas directamente por el Ministerio de Salud⁴.

Además, junto con mostrar la evolución de las tasas de mortalidad, se describirá la situación de las muertes acontecidas por alguna causa externa, considerando dos años, 1990 y 2003 usando dos indicadores: las tasas por mil habitantes y los Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP). En el año 1990, se considera la codificación de la Clasificación de Enfermedades y Causas de muerte, novena versión (CIE-9). En el año 2003, se usó la codificación de la CIE-10. Las cifras de población provienen de la información entregada por el INE, con proyecciones anuales, hechas a partir del censo de 1992 y del 2002. Para el cálculo de los AVPP, se consideró en 1990 una expectativa de vida de 72 años. Para el año 2003, se consideró como expectativa de vida 80 años.

Las muertes por causas externas, fueron divididas en grandes grupos, según se muestra en el cuadro número 1. Al mismo tiempo, se señalan los códigos de la

CIE-9 y CIE-10 que dan cuenta de los grupos definidos para el presente estudio.

Cuadro 1.

Descripción de muertes por causas externas y códigos correspondientes según la CIE-9 y CIE-10

Grupo	Descripción	CIE 9	CIE 10
1	Accidentes de tráfico	E800 - E848	V01 - V99; Y85
2	Envenenamientos y accidentes y complicaciones de la atención médica	E850 - E949	W00 - X59; Y40 - Y84; Y86; Y89
3	Suicidios	E950 - E959	X60 - X84; Y87.0
4	Homicidios	E960 - E969	X85 - Y09; Y87.1
5	Intervenciones legales	E970 - E978	Y35
6	Se ignora si fueron accidentales o intencionales	E980 - E989	Y10 - Y34; Y872
7	Lesiones de guerra	E990 - E999	Y36

Para los fines del presente estudio, se definieron como suicidio todos aquellos casos de defunción que aparecen en las bases de datos utilizadas asociados a una causa externa, codificadas entre los dígitos E950 y E959, para los años que van desde 1980 hasta 1996 (CIE9 o ICD9). Para los años que van desde 1997 hasta 2003 (CIE10 o ICD10), los códigos utilizados son los que van desde X600 hasta X849. Por otra parte, se consideró como homicidio aquellos casos de muerte codificados entre E960 y E969, hasta 1996. A partir de 1997, se consideraron como homicidios aquellas muertes codificadas entre X85 e Y09. Tanto para los suicidios como los homicidios, también se consideraron aquellos casos codificados como Y87.0 e Y87.1, que corresponden a muertes producidas por secuelas de lesiones autoinflingidas o de agresiones, respectivamente.

Resultados

En la tabla 1.1., se muestra la situación de la mortalidad en Chile, con los cinco primeros grupos de causa de muerte, tanto para el año 1990 como para el

2003. En 1990, la tasa de mortalidad general era de 5,95 por mil habitantes, mientras que el año 2003, la cifra llegó a 5,26. La primera causa de muerte, en ambos años, la constituyen las enfermedades del aparato circulatorio, mientras que la segunda está constituida por los tumores. A continuación, con tasas iguales, aparecen las enfermedades ligadas al Aparato Respiratorio y las ligadas a Causas Externas de Traumatismos y Violencia. Sigue en el quinto lugar las muertes ligadas a enfermedades ligadas al Aparato Digestivo. Esta distribución es similar para ambos años estudiados. Además, es similar para ambos sexos, salvo porque en el caso de los hombres, para 1990, las muertes ligadas a Causas Externas pasa al segundo lugar, superando a las muertes ocurridas por tumores. No ocurre lo mismo en el año 2003, debido a que la tasa de muertes por tumores muestra un aumento de su tasa, mientras que las muertes ocurridas por causa externa disminuyen notoriamente.

En el caso de las mujeres, por el contrario, la tasa de muertes asociadas a Causas Externas es más baja y ocupa el quinto lugar en ambos años estudiados.

Tabla 1.1.

Mortalidad en Chile con los cinco primeros grupos de causas de muerte. Hombres y Mujeres. 1990 - 2003

Grupos de causas de muerte	1990			2003		
	General	Hombres	Mujeres	General	Hombres	Mujeres
Enfermedades del aparato circulatorio	1,64	1,66	1,61	1,49	1,55	1,44
Tumores	1,11	1,10	1,12	1,29	1,34	1,24
Enfermedades del aparato respiratorio	0,73	0,81	0,66	0,47	0,47	0,46
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	0,73	1,17	0,30	0,47	0,76	0,18
Enfermedades del aparato digestivo	0,46	0,61	0,32	0,41	0,52	0,31
Resto	1,28	1,35	1,22	1,13	1,13	1,12
Total	5,95	6,70	5,22	5,26	5,77	4,75

Tasas por 1.000 habitantes

En 1990, las muertes en Chile representaron un total de 1.149.838 Años de Vida Potencialmente Perdidos, lo que se traduce en 87,2 AVPP por cada mil

habitantes. Por otro lado, en el año 2003, el total de AVPP llegó a 1.217.775, lo que significa un promedio de 76,5 AVPP por cada mil habitantes. Ello se explica por una disminución en la tasa de mortalidad en general y porque posiblemente algunas muertes se producen en forma más tardía.

Tabla 1.2.

Años de Vida Potencialmente Perdidos, Mortalidad General y por Causas Externas, según sexo. 1990-2003

	1990			2003		
	General	Hombres	Mujeres	General	Hombres	Mujeres
Todas las muertes	1.149.838	733.810	416.028	1.217.775	782.831	434.944
AVPP todas las causas (*)	87,2	112,7	62,4	76,5	99,3	54,1
Muertes por Causas Externas	327.066	259.040	68.026	264.747	223.162	41.585
AVPP por causas externas (*)	24,8	39,8	10,2	16,6	28,3	5,2

(*) AVPP: Años de Vida Potencialmente Perdidos por mil habitantes

El indicador que muestra los AVPP por Causas Externas es mayor en el caso de los hombres. En 1990, en este grupo de causas, los hombres acumulan un total de 259.040 AVPP (39,8 por cada mil hombres), frente a 68.026 AVPP que acumulan las mujeres (10,2 por cada mil mujeres). En el año 2003, los hombres acumulan 223.162 AVPP (28,3 por mil hombres) mientras que las mujeres acumulan 41.585 AVPP (5,2 por mil mujeres). Es decir, en ambos años se aprecia una reducción, pero en el caso de los hombres, ella es de 28,9 por ciento, mientras que en las mujeres es de 49,1 por ciento.

En la tabla 1.3. se muestran los resultados del cálculo de los AVPP en Chile, en los años 1990 y 2003, para ambos sexos, como porcentaje para cada uno de los cinco primeros grupos de causa de muerte. Las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores, aumentan su porcentaje en el total de AVPP comparando ambos años, mientras que las enfermedades del aparato respiratorio y las causas externas de traumatismos y violencia, disminuyen su importancia en la explicación de los AVPP. Estos resultados van en la misma

dirección de lo señalado en la tabla 1.1., en que se aprecia un aumento en la tasa de mortalidad por tumores y una disminución de las tasas de muerte por causas externas. Al examinar los resultados por sexo, se puede ver que este mayor peso está dado por los valores alcanzados por las muertes de hombres (35,3% y 28,5%). En el caso de las mujeres, el porcentaje de AVPP en 1990 ocupa el segundo lugar, mientras que el año 2003, está en el tercer lugar, considerando los cinco primeros grupos de causas de muerte.

Tabla 1.3.

Años de Vida Potencialmente Perdidos, distribución porcentual de los cinco primeros grupos de causas de mortalidad en Chile. Hombres y Mujeres. 1990 - 2003

Grupo de causas de muerte	1990			2003		
	General	Hombres	Mujeres	General	Hombres	Mujeres
Enfermedades del aparato circulatorio	8,9	8,7	9,2	16,3	16,2	16,7
Tumores	12,6	9,4	18,1	22,3	17,3	31,2
Enfermedades del aparato respiratorio	9,7	9,5	10,1	4,3	4,0	4,7
Causas externas de traumatismos y envenenamientos	28,4	35,3	16,4	21,7	28,5	9,6
Enfermedades del aparato digestivo	7,2	8,0	5,6	8,4	9,3	6,8
Resto	33,2	29,1	40,6	27,0	24,7	31,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

En la tabla 1.4., se muestran las tasas por 100.000 habitantes de las muertes ocurridas por alguna causa externa en Chile, desde 1980 hasta 2003. La columna con el título "Total", muestra la tasa para todas estas muertes. La definición de cada grupo proviene del cuadro 1.

En la tabla 1.5. se muestra el resultado del cálculo de los AVPP de los cuatro principales motivos de causas específicas, al interior del grupo de causas externas, para el año 2003, separados por sexo. El cálculo de los AVPP resulta ser mayor en el caso de los hombres. En ambos sexos, la causa específica más importante, la constituyen los accidentes de tráfico, a pesar que presenta

tasas más bajas respecto al grupo de "Envenenamientos y accidentes y complicaciones de la atención médica".

Tabla 1.4.

Evolución de las principales causas de muertes ocurridas por alguna causa externa en Chile. Tasas por 100.000 personas. 1980 a 2003.

	1	2	3	4	6	Total
1980	15,1	15,3	4,5	1,3	38,0	76,1
1981	14,1	17,0	5,6	2,8	36,3	76,7
1982	12,5	19,8	5,5	3,1	33,0	73,9
1983	10,3	21,7	5,7	3,2	38,2	79,7
1984	8,3	23,4	6,2	3,3	36,1	77,2
1985	7,9	19,6	5,7	3,2	38,4	74,9
1986	8,4	19,3	5,3	3,1	35,7	71,8
1987	8,2	15,6	5,5	2,7	32,5	64,5
1988	8,1	17,9	5,5	3,1	36,8	71,3
1989	8,3	18,3	5,6	2,9	40,0	75,1
1990	8,2	18,2	5,7	3,1	38,0	73,2
1991	10,4	16,2	5,9	3,4	33,6	69,4
1992	12,2	14,3	4,9	3,0	31,0	65,2
1993	12,4	17,4	5,4	2,6	28,4	66,2
1994	12,7	20,1	5,7	2,9	22,0	63,6
1995	12,0	20,4	6,5	3,3	20,0	62,2
1996	12,4	17,5	6,3	3,0	19,0	58,3
1997	12,8	16,6	6,2	2,6	17,7	56,6
1998	13,0	13,4	6,9	2,8	16,2	53,0
1999	11,0	13,0	6,9	3,0	16,4	51,0
2000	14,4	15,6	9,7	5,2	5,3	51,0
2001	13,4	17,6	10,6	5,4	1,6	49,5
2002	13,0	17,7	10,3	5,4	0,0	47,0
2003	14,5	16,5	10,4	5,2	0,0	46,53

1 Accidentes de tráfico

2 Envenenamientos y accidentes y complicaciones de la atención médica

3 Suicidios

4 Homicidios

6 Se ignora si fueron accidentales o intencionales

Tabla 1.5.

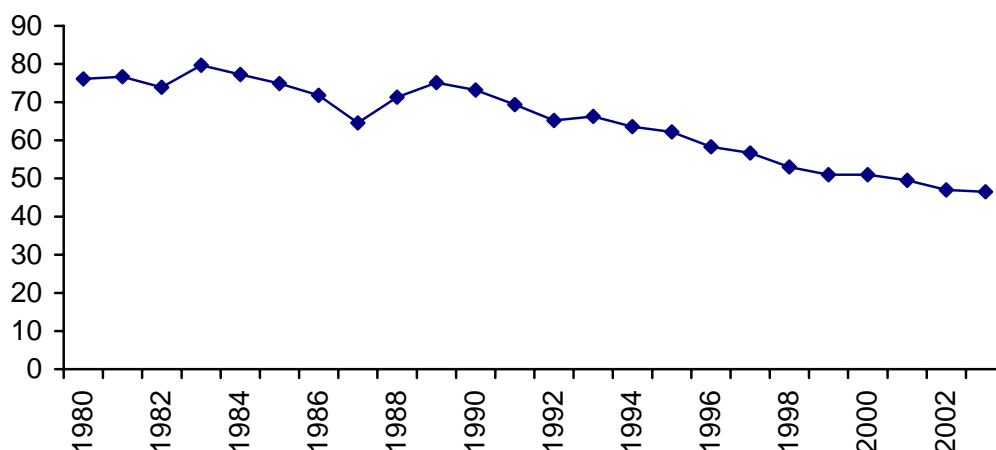
AVPP de cuatro causas de muerte específicas al interior del grupo de causas externas, separados por sexo.
Año 2003

Descripción	Hombres	Por Mil	Mujeres	Por Mil
Accidentes de tráfico	70.695	9,05	15.218	5,22
Envenenamientos y accidentes y complicaciones de la atención médica	63.426	8,12	12.852	1,61
Suicidios	54.365	6,96	10.144	1,27
Homicidios	34.676	4,44	3.371	0,42
Total	223.162	28,57	41.585	5,22

Discusión

Es notorio el descenso sostenido de las tasas de muertes por causas externas ocurridas en el período estudiado (ver gráfico 1.1). Durante los primeros 10 años, la tasa se mantuvo relativamente estable entre 70 y 80 por cada 100.000 habitantes, salvo en 1987 que llegó a 64,5. En cambio, en la segunda mitad del período estudiado, que va de 1991 hasta 2003, la tasa disminuye hasta alcanzar la cifra de 46,53 por cada 100.000 habitantes.

Gráfico 1.1
Evolución de Tasas de Muertes por Causa Externa.
Chile, 1980 - 2003



El estudio de la recta de regresión nos muestra una pendiente de -1,43, lo que significa el valor de disminución promedio anual que se observa en nuestra serie.

Se puede ver que en general, las muertes por causas externas son explicadas por los cinco grupos presentados. En algunos años no se alcanza una representación de un 100 por ciento. Estas cifras no están en el cuadro y se debe a muertes codificadas en el grupo de eventos asociados a intervenciones legales, operaciones de guerra o secuelas de hechos violentos. En Chile la pena de muerte fue derogada recientemente, lo que podría explicar algunos casos considerados como "Intervenciones legales". Si bien los casos aparecen en sólo dos años, 1980 y 1981, resultan excesivos según la memoria del autor. Lo mismo ocurre con las muertes debidas a "operaciones de guerra". Ellas aparecen en los mismos años con cifras de casos de 151 y 88 respectivamente. Es cierto que en esos años, Chile estaba viviendo una situación de dictadura que insistía en que el país vivía una situación de "Guerra interna". Sin embargo, el número de casos aparece también desproporcionado. De ahí que según nuestra opinión, es muy probable que estos casos correspondan más bien a errores, ya sea en la codificación, en el proceso de digitación o bien en la manipulación de las bases de datos. La confección de bases de datos computacionales comenzó a implementarse en Chile a partir de 1980.

La tasa de mortalidad por accidentes de tráfico muestra una tendencia a la disminución en la primera década del estudio, partiendo de 15,1 hasta llegar a

8,2. Sin embargo, a partir de 1991, comienza nuevamente a aumentar, para alcanzar en el año 2003 la cifra de 14,5.

El grupo de muertes debidas a "Envenenamientos y Accidentes y complicaciones de la atención médica", muestra una tendencia oscilante en el período estudiado, con períodos de aumento seguidos por otros en que se aprecia una disminución.

Los suicidios son el único grupo de causas que aparece con una tendencia sostenida al aumento. En los primeros años de estudio, se observa una tasa de alrededor de 5 casos por 100.000 habitantes, mientras que en 1999, la tasa se acerca a los 7 casos por 100.000 personas. Entre los años 2000 y 2003, se aprecia un aumento, al igual que las tasas correspondientes a los homicidios. Esta situación será comentada en el próximo capítulo.

Las muertes por homicidio no muestran la misma tendencia al aumento como las muertes por suicidio, si bien tampoco se observa una disminución. En el próximo capítulo, se describirá con más detalle su evolución en esta serie.

Por último, en el caso de las muertes en que se ignora si fueron intencionales o accidentales llama la atención por ser el de mayor peso en la clasificación de las muertes violentas. En los primeros años de estudio, hasta 1993, representaban sobre el 40 por ciento de las muertes por causas externas. Posteriormente, la proporción ha ido disminuyendo, llegando a representar un 32 por ciento en 1999. Sin embargo, la mayor caída se registra entre los años 2000 y 2003, en que se registra una tasa cercana a 0. Esta variación, se

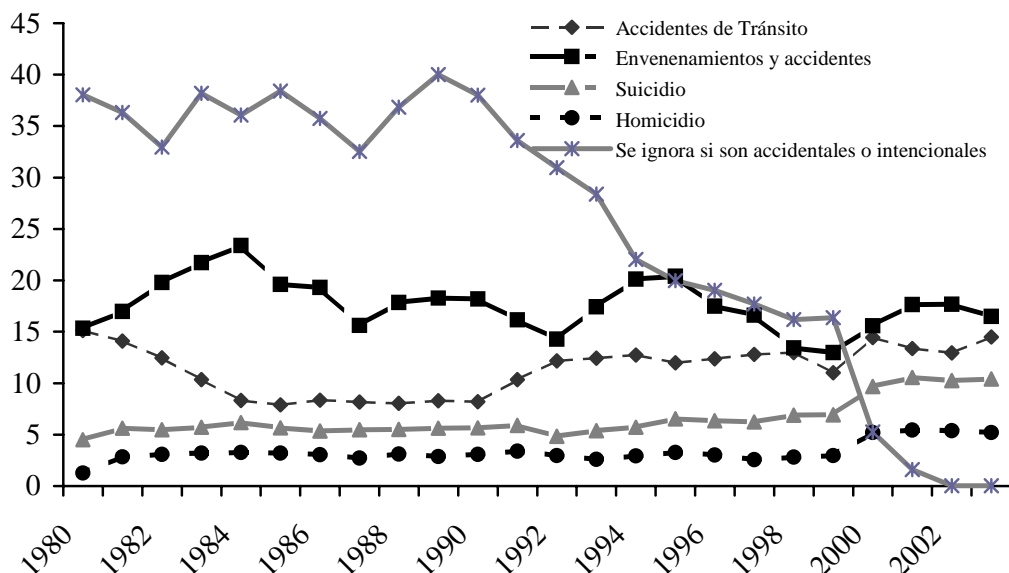
explica en gran medida por cambios en el sistema de validación de la información, a través de un examen más cuidadoso de los datos contenidos en los certificados de defunción, del análisis simultáneo de las bases de datos de defunciones con otras fuentes de información, como lo son los registros de protocolos de autopsias médico legales, los registros de egresos hospitalarios, los registros del Sistema de Vigilancia de Accidentes del Trabajo Fatales y las notificaciones de Enfermedades de Declaración Obligatoria⁵. Todo ello explica la caída en las tasas de este sub-grupo, la disminución de la tasa de mortalidad por causas externas y el alza observada en las tasas de los otros grupos de mortalidad específica entre los años 2000 y 2003.

Para los fines del presente estudio, el grupo de causas en que se ignora si fueron accidentales o intencionales, será analizado en particular en el capítulo que aborda la tendencia en las tasas de suicidio. Como parte de la preparación de este trabajo, se estudió este grupo en particular, pensando que muchas de las muertes agrupadas en estos códigos, correspondían en realidad a suicidios, lo que ha sido estudiado por otros autores (Moens, 1985)⁶.

El estudio de los AVPP muestra que en ambos años existe una mayor mortalidad masculina que se produce a edades más tempranas que en el caso de las mujeres. Este hecho se constata tanto en el indicador de la mortalidad general como en el de las muertes asociadas a causas externas.

Los hallazgos recién comentados, aparecen en el gráfico 1.2.

Gráfico 1.2.
Evolución de las tasas de mortalidad de cinco sub-grupos de Causas Externas. Chile, 1980 - 2003



El cálculo de los AVPP muestra en primer lugar a los accidentes de tráfico, a pesar de que sus tasas los ubican en el segundo lugar, para el año 2003. Esto se explica porque se trata de muertes que ocurren a edades más tempranas de la vida, en comparación a la causa específica "Envenenamientos y accidentes y complicaciones de la atención médica".

¹ OMS. (1992) Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. X revisión. Ginebra.

² Masson F. et al. (1997). Injuries in a problematic socioeconomic context: A population-based study in Réunion, Indian Ocean, 1993-1994. In J Epidemiology. 26, 1033-1040.

³ Id. ant.

⁴ Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas. www.minsal.cl

⁵ Rajs, D. Jefa del Departamento de Estadísticas. Ministerio de Salud. Comunicación personal.

⁶ Moens, G.F.G. (1985). The Reliability of Reported Suicide Mortality Statistics: An Experience from Belgium. Int J Epidemiol. 14, 272-275

Capítulo 3.

Distribución del suicidio según edad y sexo

Introducción

Durkheim (1995)¹, en su estudio publicado por primera vez en 1897, mostró que las tasas de suicidio son más elevadas entre los hombres que entre las mujeres. Actualmente, la revisión de la literatura a nivel mundial permite constatar que esta conclusión contenida en el estudio de Durkheim no ha variado. Es lo que se puede afirmar a partir de la publicación de la OMS (2002)². Los únicos países en que se han reportado tasas más altas en mujeres, son China, Bahrein y Kuwait (Phillips, 2002)³. En un trabajo publicado por Schmidtke (1999)⁴, y que describe las tasas observadas por suicidio en distintos países del mundo, la conclusión es la misma. La relación entre las tasas de hombres y mujeres, es de 1:4,2 para los países de Norte América; 1:3,2 para los de América del Sur; 1:3,6 para los países europeos.

En la misma publicación, Chile aparece con una tasa, en 1992, de 8,4 por 100.000 habitantes, en el caso de los hombres, y de 1,4 en el caso de las mujeres. Estos datos no se pueden comparar con las cifras entregadas por Stefoni (2000)⁵, ya que en este último caso, la autora presenta una tasa general, no separada por sexo. Sí existe una coincidencia en las diferencias por sexo, ya que Schmidtke señala que el 83,3% de los casos corresponden a hombres, lo cual es cercano al 86% calculado en el trabajo de Stefoni.

En el estudio efectuado por Trucco (1975)⁶, que describe las tasas entre 1930 y 1971 en la población chilena, la tasa de suicidios en hombres llega a ser 9 veces superior a la observada en mujeres. La menor diferencia se produce en 1951, en que los hombres presentan una tasa 1,9 veces más alta que la de las mujeres.

En el estudio ya citado de Chuaqui y cols. (1967)⁷, la tasa masculina es de 25,75 por 100.000, mientras que la de las mujeres es de 7,98.

Este estudio fue replicado posteriormente por Trucco (1976)⁸. En este caso, el autor también se basó en los registros del Servicio Médico Legal de Santiago para los años 1971 y 1972. Se encontraron 648 casos, de los cuales, 496 correspondían a hombres y 152 a mujeres. Es decir, en dicho estudio los hombres presentan una frecuencia que llega a ser tres veces mayor que las mujeres. En este estudio, los datos presentados no incorporan las tasas en los distintos grupos de edad.

Las tasas de suicidio según la edad también han sido estudiadas. Durkheim, por ejemplo, encuentra que la tasa de suicidios aumenta con la edad, pero también establece que el aumento de las tasas en las mujeres alcanza su mayor nivel entre los 30 y 40 años, para luego estabilizarse⁹. El estudio de la OMS, por otro lado, señala que la tasa mundial de suicidios aumenta con la edad, lo que se refleja en uno de los gráficos de esta publicación¹⁰. Pero al mismo tiempo señala que en términos de números absolutos, los suicidios son más elevados en personas menores de 45 años, lo que estaría reflejando un cambio en relación a lo que se observaba hace 50 años, cuando el número absoluto de suicidios

aumentaba con la edad. Más aún, subraya, en aproximadamente un tercio de los países, las tasas son superiores entre las personas menores de 45 años. Citan como ejemplo de esta tendencia a países como Australia, Bahrein, Canadá, Colombia, Ecuador, Guyana, Kuwait, Mauricio, Nueva Zelandia, el Reino Unido y Sri Lanka.

Moens (1984)¹¹ señala que en la población belga las tasas de suicidio han aumentado y en su estudio encuentra que el alza se da principalmente por un aumento en las tasas de mujeres y también por un alza en el grupo de personas menores de 45 años. En otro estudio hecho en población de Estados Unidos (Woodbury, 1988)¹², se ve que hay una diferencia en las tendencias de las tasas de suicidio según la edad, entre población blanca y no-blanca. En la población blanca, las tasas de suicidios aumentan con la edad, especialmente en el caso de los hombres. Lo mismo se observa en las mujeres blancas, pero en este caso el aumento se da sólo hasta los 50 años. En cambio, en la población no-blanca las tasas más elevadas se dan en poblaciones jóvenes, bajo los 30 años si se trata de hombres y bajo los 20 si se trata de mujeres.

En el trabajo ya citado de Stefoni, se puede ver que en el caso de los hombres, la tasa de suicidios aumenta en el grupo que va de los 20 a los 24 años, en comparación a la tasa de los adolescentes. Posteriormente, comienza a subir nuevamente a partir de los 50 años, para llegar a una tasa sobre los 11 casos por 100.000 personas entre quienes tienen sobre los 75 años. En el caso de las mujeres, la tasa observada no sólo es más baja, sino que tiende a mantenerse estable en los distintos grupos de edad. Este mismo hecho ya había sido notado

en otros estudios efectuados en la población chilena y que han sido previamente citados, y entre la población cubana (Guibert, 1999)¹³.

En un estudio en que se aborda el tema del suicidio en tres países europeos (Walsh, 1984)¹⁴, se constata que existe un aumento de las tasas a medida que aumenta la edad, tanto en hombres como en mujeres, al menos en dos de ellos. Distinta es la situación de Irlanda, que muestra tasas oscilantes a medida que aumenta la edad.

3. Metodología

Para estudiar la evolución del suicidio según edad y sexo, se utilizaron las mismas bases de datos descritas en los capítulos previos. Se excluyeron aquellos casos que aparecían con edades inferiores a los 10 años. Las cifras de población según edad y sexo, son las entregadas por el INE a partir del censo de 1992 y se dividieron en grupos quinquenales. También, en este apartado se incorpora un análisis efectuado según grandes grupos de edad: adolescentes, entre 10 y 19 años; adulto joven, entre 20 y 39 años; adulto, entre 40 y 64 años; adulto mayor, de más de 65 años de edad.

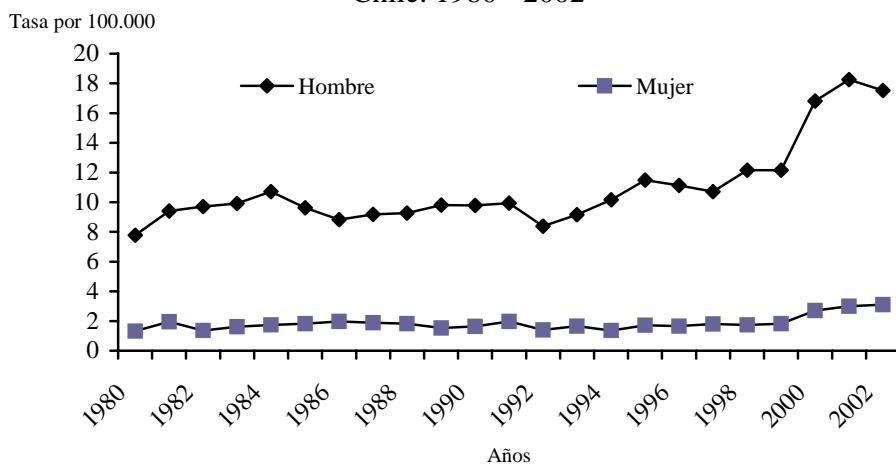
4. Resultados

En el anexo 1, "Suicidios según edad y sexo", se muestran los resultados obtenidos en la forma de tasas por 100.000 personas. La variación de las tasas según sexo, aparecen en el gráfico 3.1. Los hombres presentan en todos los

años una tasa superior a la de las mujeres. La diferencia más baja se observa en 1986, en que la tasa masculina es 4,4 veces superior a la femenina. La mayor diferencia se observa en 1994, en que la tasa masculina supera a la femenina en 7,4 veces.

En términos de tendencia, se compararon las tasas de los años 1997 a 1999 con las cifras obtenidas entre los años 1980 y 1982. Se observa que la tasa masculina crece con más velocidad que la tasa femenina, lo que se comprueba al comparar las tasas de los últimos tres años, con la de los primeros tres del período en estudio. La tasa masculina sube en un 30,2 por ciento, mientras que la femenina sólo aumenta en un 15,4 por ciento.

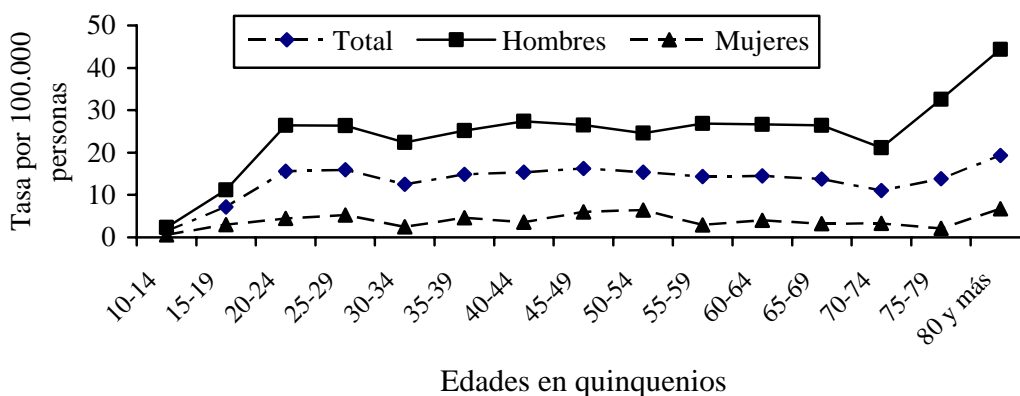
Gráfico 3.1.
Evolución de tasas por suicidio según sexo.
Chile. 1980 - 2002



El análisis por grupos de edad, muestra que las tasas más bajas se dan en personas menores de 20 años. Posteriormente, a partir de los 20 años, se produce un aumento en las tasas, con oscilaciones, hasta la edad de 60 años. A

partir de esta edad, se aprecia un nuevo aumento, aunque también con oscilaciones anuales. Esta tendencia se grafica a continuación, considerando las tasas quinquenales observadas en el año 2002.

Gráfico 3.2.
Tasas de suicidio según grupos quinquenales de edad. 2002



En el cuadro 3 del anexo citado, se constata un aumento en la tendencia global de un 28,3 por ciento en el período estudiado, comparando las tasas de los primeros tres años, con la observada entre 1997 y 1999. Se ha decidido tomar estos tres últimos años, dado que tal como se señaló en el capítulo anterior, a partir del año 2000 se corrige la sub-notificación en las cifras oficiales, por lo que estas cifras aumentaron por un efecto que no tiene que ver con el fenómeno en estudio. Habiendo aclarado este punto, se puede ver, al hacer un análisis por quinquenio, que hay algunos grupos de edad en los cuales se constata una disminución, como es el caso de las personas con edades entre 10 y 14 años y el grupo con edades entre 50 y 54 años. Hay otros grupos con aumentos en sus tasas, pero con alzas que son inferiores al promedio de la población general, como son las personas con edades entre 15 y 24 años, entre

35 y 49 años, entre 60 y 69 años y entre 75 y 79 años. Los grupos de edades en que el aumento es superior al observado en la población general son las personas con edades entre 25 y 34 años, entre 55 y 59 años, entre 70 y 74 años y el grupo que personas con 80 y más años. Este último grupo es el que experimenta el mayor aumento en sus tasas, llegando a ser un 64 por ciento superior al final del período de observación, comparado con las tasas observadas al principio del período.

Las tasas calculadas a partir de la base de datos corregida, y que consideró a los años 1997, 1998 y 1999, siguen la misma tendencia descrita en el párrafo anterior. Al examinar las tasas de los distintos grupos quinquenales se observa que la sub-notificación era similar en todos ellos. Es decir, no había un sesgo por edad en la sub-notificación.

Las tasas masculinas desagregadas por grupos quinquenales de edad presentan una variación similar a la anotada para la población general. Llama la atención, nuevamente, el aumento en la tasa de suicidios de la población con edades superiores a los 80 años. En este grupo de edad, las tasas son superiores al quinquenio anterior en 16 de los 22 años analizados.

En la población femenina, la situación es un poco diferente. El grupo en que se observa la mayor alza en la tasa de suicidios, es el grupo comprendido entre los 10 y los 14 años, que supera en un poco más del 100% a la observada en los primeros años. En cambio, los grupos que bajan su tasa son las mujeres con edades entre los 30 y los 34 años, las que están en el rango entre los 40 y los 44 años, las que se ubican entre los 50 y 54 años y por último, las mujeres que

han superado los 80 años de vida. Las mujeres que presentan una tasa de aumento superior a la tendencia observada, son aquellas comprendidas en las edades de 20 a 24 años, las que se ubican entre los 35 y 39 años, las que están en el grupo de 45 a 49 años, las que están entre los 55 y 59 años y finalmente las mujeres con edades que van desde los 65 años hasta los 79.

Análisis por grandes grupos de edad

Los resultados (ver tabla 3.1.) muestran que las tasas de suicidio en adolescentes, prácticamente no se han modificado, si se comparan los valores obtenidos en el trienio 1997 - 1999 con los del trienio 1980 - 1982. La diferencia entre ambos períodos es de 0,97. En cambio, se aprecia un aumento en los adultos (personas entre 40 y 64 años), cuya tasa en el último trienio es de 1,10, en comparación al trienio inicial. Luego, los adultos jóvenes también muestran un aumento, con una diferencia entre ambos trienios de 1,25. El grupo en que mayor aumento se observa, es entre los adultos mayores, cuyo valor en el trienio final es de 1,28, en comparación al trienio inicial.

Si se hace una diferenciación por sexo, se ve que la tasa de los hombres contribuye más al aumento en la tasa de suicidios observado en el período. En efecto, la tasa de suicidios masculinos aumenta en un 30 por ciento, mientras que la tasa de suicidios femeninos aumenta en un 15 por ciento. Los grupos en que más se produce aumento son, en primer lugar, las mujeres sobre los 65 años, que aumentan en un 34 por ciento. Luego, le sigue el grupo de hombres sobre los 65 años, que muestran una variación de 31 por ciento más en el

trienio final, en comparación al trienio inicial. También destaca el aumento en los hombres entre 20 y 39 años, cuya variación es de un 27 por ciento.

Tabla 3.1.
Comparación de las tasas de suicidio entre 1997-1999 y 1980-1982, en grandes grupos de edad, por sexo.

	10 -19	20 - 39	40 - 64	65 y más	Total
Hombres	0,9	1,27	1,09	1,31	1,302
Mujeres	1,14	1,09	1,06	1,34	1,154
Total	0,97	1,25	1,10	1,28	1,283

Los resultados comentados recién, se grafican a continuación. Cabe señalar que, de acuerdo al gráfico, en los últimos tres años las variaciones aparecen mayores a lo descrito en el texto, pero se debe al hecho de que los gráficos incorporan las cifras de los años 2000 al 2002.

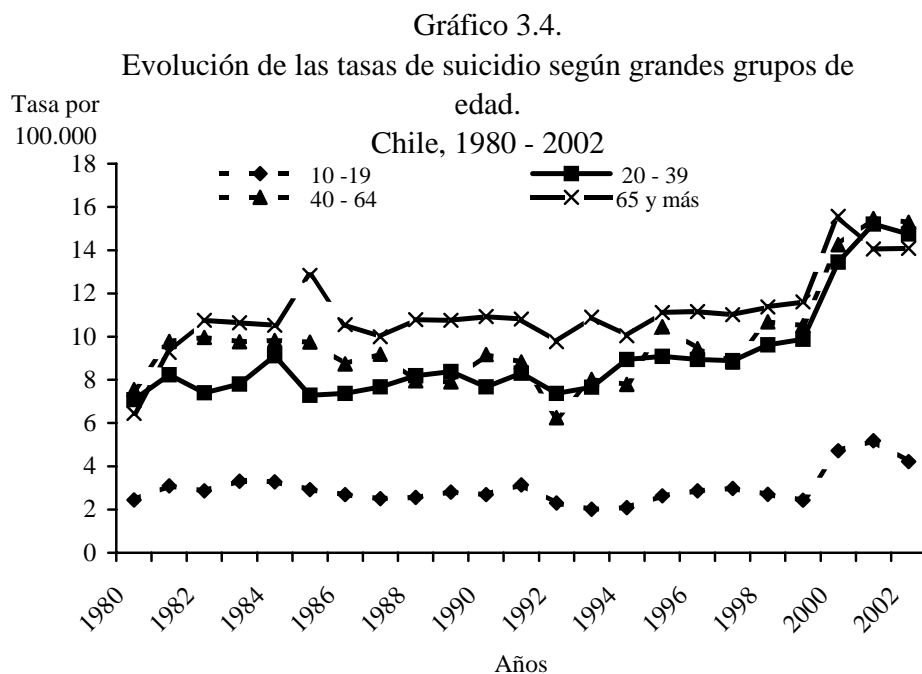


Gráfico 3.5.

Evolución de las tasas de suicidio según grandes grupos de edad, población masculina.

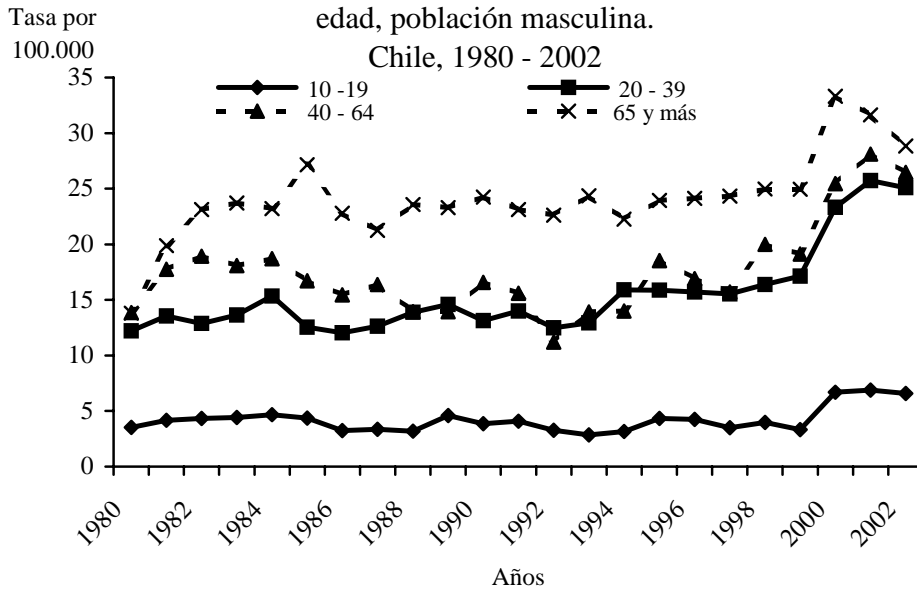
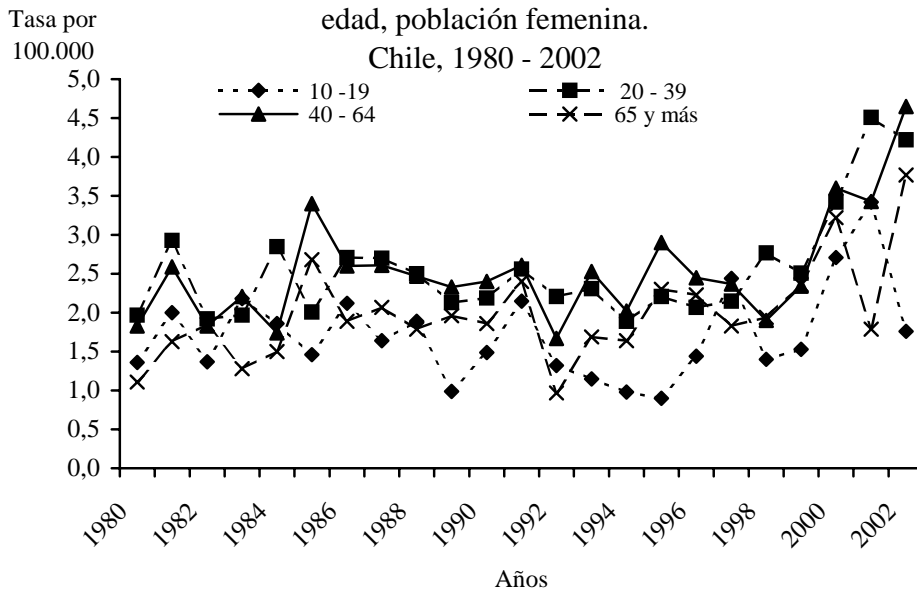


Gráfico 3.6.

Evolución de las tasas de suicidio según grandes grupos de edad, población femenina.



Al observar los gráficos, llama la atención la fuerte variabilidad de las tasas en el período estudiado, especialmente entre las mujeres adolescentes.

Discusión

Recordemos que, según lo mostrado en el apartado anterior, la tasa de suicidio se incrementó en un 28,3 por ciento entre el trienio 1980 - 1982 y el trienio 1997 - 1999. Al estudiar las variaciones según sexo, se constata que el aumento se da principalmente por un aumento en las tasas masculinas, las que subieron en un 30,2 por ciento, mientras que las tasas femeninas lo hicieron en un 15,4 por ciento. Este hecho, refuerza el hallazgo de la mayor tasa de suicidios en la población masculina. La diferencia de ambas tasas, varía entre 4,4 a 7,4 veces, siendo siempre la tasa masculina superior a la femenina.

En materias de variaciones por edad, agrupados por quinquenios, los resultados muestran una amplia variación. Sin embargo, al hacer el análisis por grandes grupos de edad, aparecen tendencias más claras. Así, se puede ver que el aumento en las tasas responde principalmente a las variaciones observadas en mujeres y hombres sobre los 65 años. De los restantes grupos, destaca la variación en los hombres adultos, es decir entre 20 y 39 años, cuya variación en la tasa de suicidios es similar a la observada en la población general. Este hecho, puede estar mostrando un efecto de cohorte, es decir, es posible que se trate de una generación que está viviendo en un ambiente diferente al de los hombres mayores. Esta explicación será retomada más adelante.

La tasa de suicidio en población adolescente se mantiene estable e incluso disminuye levemente. Llama la atención este hecho, dado que en general el suicidio en población adolescente es el que más llama la atención en términos comunicacionales dentro de la sociedad. Ello ha llevado incluso al diseño de

políticas públicas tendientes a disminuir el suicidio en población adolescente. Es cierto que en algunas localidades del país esta situación parece darse con mayor frecuencia. Sin embargo, incluso en términos de cifras absolutas, el suicidio en población adolescente es menor que en las personas sobre los 65 años: 117 en comparación a 165 para el año 2002.

¹ Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. Madrid, España. Editorial Akal.

² Informe mundial sobre la violencia y la salud. (2003). Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la OMS. Washington, D.C.

³ Phillips, M.R.; Xianyun Li; Camping Zhang. (1992). Suicide rates in China, 1995 – 99. *The Lancet*. 359, 835-40.

⁴ Schmidtke, A. y cols. (1999). Suicide rates in the world: Update. *Archives of Suicide Research*. 5, 81-89.

⁵ Stefoni, C. (2000). Suicidio en el Servicio Militar. Santiago, Chile. FLACSO

⁶ Trucco, M. (1975). Mortalidad por suicidio en Chile: 1930 – 1971. *Rev. Méd. Chile*. 103, 634-638

⁷ Chuaqui, C. y cols. (1967). El suicidio en Santiago de Chile. *Bol. Of. San. Panamericana*. 41, 212-222.

⁸ Trucco, M. (1976). Suicidios en el Gran Santiago. I. Aspecto médico legales. *Rev. Méd. Chile*. 104: 246-250

⁹ Id. ant., página 76.

¹⁰ Id. ant., página 204

¹¹ Moens, G.F.G. (1984). The Rise of Suicide Mortality in Belgium Between 1968-72 and 1978-81: Age, Sex and Geographical Characteristics. *Int J Epidemiology*. 13, 243-245.

¹² Woodbury, M.A.; Manton, K.G.; Blazer, D. (1988). Trends in Us Suicide Mortality Rates 1968 to 1982: Race and Sex Differences in Age, Period and Cohort Components. *Int J Epidemiology*. 17, 356-362.

¹³ Guibert W., Trujillo G. (1999). Intento suicida del anciano en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 15(5), 509-15

¹⁴ Walsh, D. y cols. (1984). Suicide and Self-Poisoning in Three Countries – A Study from Ireland, England and Wales, and Denmark. *Int J Epidemiology*. 13, 472-474.

Capítulo 4.

Análisis territorial

Introducción

Una de las herramientas de la epidemiología es buscar la localización territorial del fenómeno que se estudia. De esta manera, se busca contar con diferentes universos, cada uno de los cuales se puede examinar por separado. En ocasiones, la localización territorial permite explorar factores asociados al ambiente físico, que explican las diferencias encontradas. Al mismo tiempo, la localización por territorios da cuenta de factores culturales que también pueden estar asociados al fenómeno en estudio.

En el caso del suicidio, Durkheim (1995)¹ estudió la distribución geográfica con tres fines. En primer lugar, quiso descartar la influencia de factores cósmicos que trataban de explicar la ocurrencia del suicidio. Por factores cósmicos, él entendía especialmente la influencia de la temperatura y el largo de los días. El énfasis que él buscaba validar, era la influencia de factores sociales. Desde esa época ya existían registros que mostraban una mayor cantidad de suicidios en primavera y verano. Pero no era por factores cósmicos como los señalados, sino que, según Durkheim, se debía a que en esas épocas aumentaba la vida y el intercambio social.

En segundo lugar, en su análisis Durkheim cuestionó la influencia de la imitación en la génesis del suicidio. En tercer lugar, buscó demostrar la existencia de

variaciones entre el mundo rural y el mundo urbano, que le sirvió de apoyo en su explicación sobre las causas que explican el suicidio.

En épocas recientes, Stara y cols. (2004)², estudiaron las variaciones territoriales de las tasas de suicidio en Escocia y encontraron un aumento especialmente en zonas rurales. Ellos sugieren que este hecho está relacionado con un más fácil acceso del mundo rural a medios más letales. Además, también notan que las tasas más altas están en relación con algunas áreas de ocupaciones rurales. Por último, señalan que las áreas rurales experimentan mayores niveles de pobreza en lo que se refiere a ingresos y oportunidades, por lo que esta mayor deprivación puede jugar un rol en sus hallazgos. Sobre los dos últimos factores, el estudio no entrega mayores datos.

En otro estudio (Arsenault-Lapierre, 2004)³, también se aborda las diferencias territoriales en la distribución del suicidio, pero esta vez las diferencias se dan entre países, según la clasificación usada en el informe de la OPS sobre violencia y salud (OMS, 2003)⁴. A través de un meta-análisis, los autores muestran que en los distintos territorios se dan con diferentes intensidades ciertos diagnósticos psiquiátricos relacionados con el suicidio.

Descripción del territorio

Chile se ubica en la parte occidental y meridional de América del Sur. El territorio chileno está conformado por un segmento continental, un segmento antártico y un segmento insular, correspondiente este último a las Islas Juan

Fernández y Rapa Nui. De estos tres, el segmento continental es el que agrupa casi al 100 por ciento de la población chilena.

El segmento continental corresponde a una franja larga y angosta que corre entre la cordillera de Los Andes y el Océano Pacífico y que se ubica entre los 17°30' de latitud sur y los 56°30' de latitud sur. La extensión del segmento continental alcanza a 4.300 Km, en dirección norte-sur. El ancho de este segmento tiene, en promedio, 177 Km., con un mínimo de 90 Km., y un máximo de 445 Km.

La longitud norte - sur del territorio continental hace que en Chile se de una extensa variedad de tipos de clima. En el extremo norte, entre los 17°30' de latitud sur y los 30° de latitud sur el clima es desértico. Luego, existe una pequeña zona con clima estepárico, que corresponde a la cuarta región. A continuación, hacia el sur existe una amplia zona de clima templado, en su variedad mediterránea, cálido lluvioso, marítimo lluvioso y frío lluvioso. Por último, existe una zona con clima estepárico frío, que se da en la zona oriental andina, situada al sur del país.

Por otro lado, la división político administrativa de Chile reconoce en la comuna el espacio de menor división del territorio. Estas, se agrupan en provincias, las que finalmente dan lugar a las regiones. En Chile, existen actualmente 342 comunas, 51 provincias y 13 regiones. Las regiones se ubican en sentido norte-sur, desde la primera a la duodécima región. La región número trece, se ubica en la zona central del país y en ella está la ciudad capital del país, Santiago.

Las regiones primera a tercera experimentan un clima desértico; la región cuarta, corresponde a la zona dónde se da el clima estepánico; luego, desde la quinta región hasta la parte norte de la octava, se da un clima templado tipo mediterráneo; desde la parte sur de la octava, hasta la parte norte de la décima, se da el clima templado cálido lluvioso; en la parte sur de la décima región, se da el clima marítimo lluvioso. Por último, la undécima y duodécima regiones tienen un clima templado frío lluvioso.

Los diferentes tipos de clima hacen que los índices de pluviosidad aumenten hacia el sur. De la misma forma, se puede entender que el período de horas con luz solar, disminuya hacia el sur.

Metodología

Se usó la base de datos elaborada por el Instituto Nacional de Estadísticas para conocer el número de suicidios. Por otro lado, se usó la cifra de población calculada por el INE, a partir del censo de 1992. En este capítulo, se usó sólo la información de los años 1990 hasta 1999. Para cada región, se construyó un gráfico con las tasas anuales calculadas. Luego, se vio la variación experimentada por cada región y se comparó con la variación experimentada por el país en este período. La variación es definida como la razón entre la tasa final y la tasa inicial. La tasa final, considera el total de suicidios de los años 1997 a 1999, la cual se divide por tres y esta cifra se lleva al numerador. Como denominador se usa la cifra de población del año 1998. La tasa inicial representa el total de suicidios de los años 1990 a 1992, siguiendo a continuación el mismo procedimiento. Se consideran tres años para disminuir

las variaciones que se dan al considerar poblaciones pequeñas frente a un evento que también es escaso. Finalmente, se dividió la tasa final por la inicial, lo que se presenta como variación.

Resultados

En la tabla 4.1. se muestran los resultados del cálculo de las tasas anuales de suicidio por cada región del país.

Tabla 4.1.
Tasas de suicidio según regiones del país. 1990 - 1999

Región	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
1	7,85	7,40	6,08	8,80	5,56	8,46	13,94	11,32	10,10	11,97
2	2,73	2,93	5,53	7,80	7,91	5,95	5,86	6,67	6,14	7,35
3	6,25	6,98	8,10	6,67	5,30	6,40	5,10	6,54	7,94	8,18
4	9,74	8,38	6,66	5,78	7,58	12,12	6,79	8,49	10,33	10,00
5	8,79	8,81	5,55	4,06	5,45	8,92	8,33	8,63	8,85	8,10
6	5,28	4,90	5,54	5,59	10,19	13,30	12,97	8,70	11,97	9,12
7	7,76	6,72	7,11	11,72	10,32	10,67	7,83	10,00	11,24	11,91
8	14,20	12,16	10,40	11,33	11,89	12,56	11,17	10,40	12,08	13,88
9	10,09	10,98	8,18	10,18	9,93	9,68	12,32	13,71	12,04	12,49
10	7,13	12,49	9,01	9,50	12,60	10,25	12,79	11,18	12,22	12,76
11	15,23	13,66	9,71	19,00	6,97	15,95	11,20	13,22	15,18	12,82
12	9,12	18,02	9,58	11,50	7,35	9,91	15,06	12,34	13,52	14,05
13	0,21	0,52	0,49	0,40	0,25	0,50	0,42	0,53	0,91	0,58
País	5,67	5,91	4,85	5,37	5,72	6,54	6,35	6,22	6,90	6,93

Tasas por 100.000 personas.

A continuación, se muestran las variaciones de las tasas de suicidio observadas por región, entre los años 1990 y 1999. Para cada región, se expone un gráfico y por último, se muestra la variación observada en la tasa a nivel país.

Gráfico 4.1.
I región

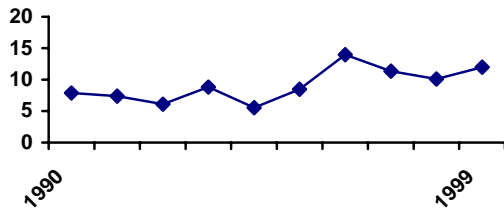


Gráfico 4.2.
II Región

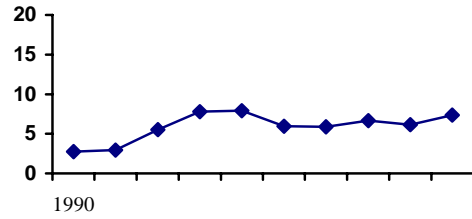


Gráfico 4.3.
III Región

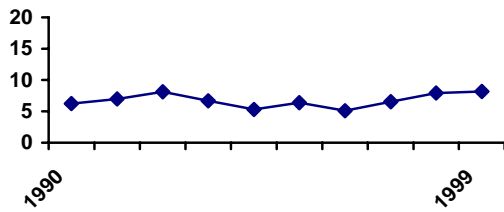


Gráfico 4.4.
IV Región

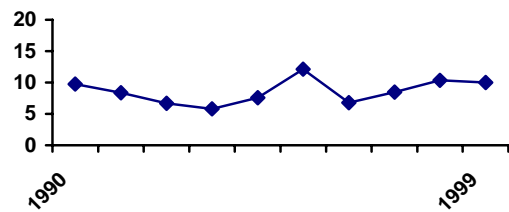


Gráfico 4.5.
V Región

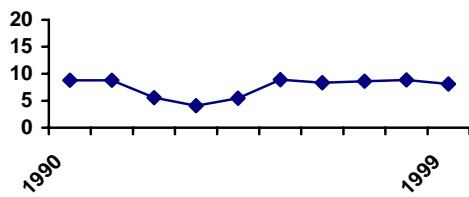
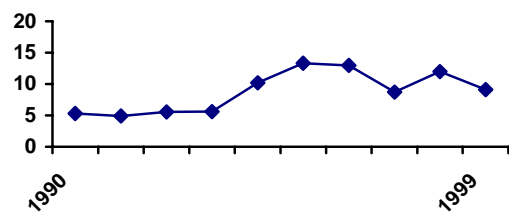
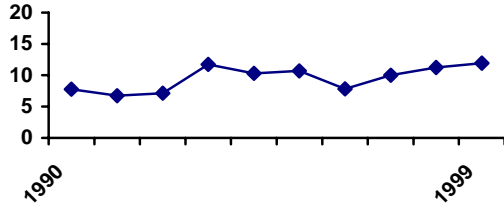


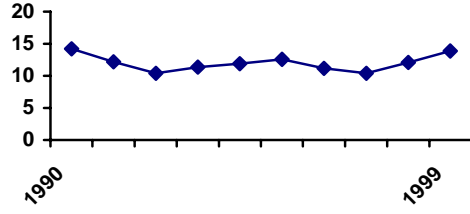
Gráfico 4.6.
VI Región



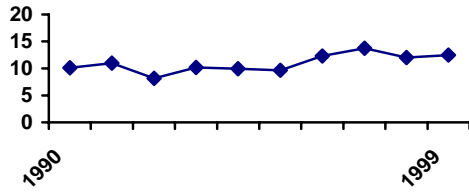
**Gráfico 4.7.
VII Región**



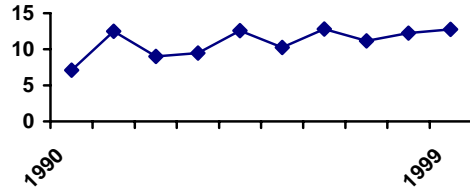
**Gráfico 4.8.
VIII Región**



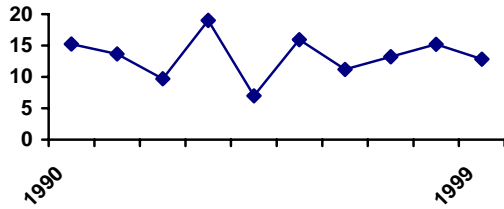
**Gráfico 4.9.
IX Región**



**Gráfico 4.10.
X Región**



**Gráfico 4.11.
XI Región**



**Gráfico 4.12.
XII Región**

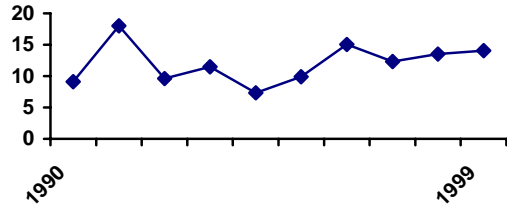


Gráfico 4.13.
XIII Región

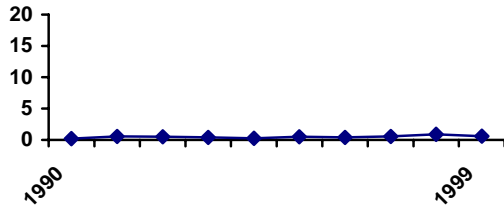
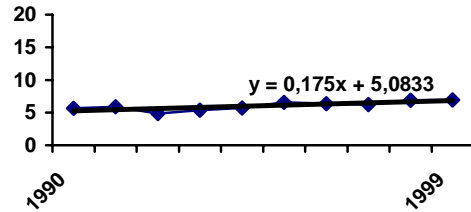


Gráfico 4.14.
País



En la tabla 4.2. se muestra la variación de las tasas por región y la del país en el período 1990-1999. Se puede ver que la tasa país subió en un 22,2 por ciento, según la fórmula de considerar los tres últimos años en relación a los tres primeros. Además, el estudio de la pendiente en el gráfico 4.14., señala un aumento promedio anual de 0,175.

Tabla 4.2.
Variaciones porcentuales de tasas de suicidio,
Según región. 1999 – 1990.

Región	Variación
1	1,568
2	1,795
3	1,062
4	1,166
5	1,107
6	1,895
7	1,537
8	0,992
9	1,308
10	1,262
11	1,071
12	1,087
13	1,657
País	1,222

Existen siete regiones con variaciones mayores a la tasa país, mientras que otras cinco presentan aumentos pero menores al aumento de la tasa país. Sólo

una región, la VIII presenta un valor de 0,992 entre los dos períodos estudiados, es decir, las tasa finales son casi idénticas a las iniciales. Especialmente notorios son las subidas que se aprecian en las regiones primera, segunda, sexta y treceava.

Discusión

En primer lugar, destaca lo que ocurre con la Región 13, o Región Metropolitana. Esta es la región más grande del país en términos de población, ya que agrupa a un total de poco más de seis millones de personas para el año 2002, o sea al 40 por ciento de la población chilena. En ella se ubica Santiago, la ciudad capital de Chile. Entre 1990 y 1999, las tasas de suicidio son notoriamente más bajas de las que se observan en las demás regiones del país. Este hecho, que fue observado mientras se preparaba el presente estudio, llevó a examinar el proceso que seguían los certificados de defunción y su posterior codificación. Tal como se señaló en el capítulo 2 se contó con las bases de datos del Servicio Médico Legal, de varias regiones del país, considerando precisamente la Región Metropolitana. Al hacer un análisis de estos registros, se pudo concluir que la sub-notificación observada en el registro de los suicidios en Chile, se daba casi exclusivamente en la Región Metropolitana.

Esta constatación, establecida mientras se preparaba esta investigación, contribuyó a modificar el proceso de codificación, ya que los certificados de defunción consignaban la ocurrencia de un suicidio, que posteriormente no era codificado en las bases de datos del Instituto Nacional de Estadísticas. Esta

corrección comenzó a verificarse en el año 2000, lo que explica el aumento de los casos registrados en las bases de datos oficiales. Al mismo tiempo, se observó una disminución de los casos codificados como "Causas en que se ignora si el trauma fue accidental o intencional".

Por otro lado, la región que muestra la mayor variabilidad de tasas entre un año y otro es la Undécima Región. Ello se explica porque es la región más pequeña del país en lo que se refiere a población. De hecho, actualmente no supera las 100.000 personas, por lo que pequeñas variaciones en el número de casos se traduce en fuertes variaciones de las tasas.

En tercer lugar, llama la atención, tanto en los gráficos como en la tabla 4.1., las diferencias que se observan entre las tasas de suicidio observadas en las regiones del norte del país, con las que se constatan en el sur. Para mostrar esto de mejor manera, se ha construido un gráfico (gráfico 4.15.) en que se agrupan los datos de las regiones I, II, III y IV, a las que se denomina región norte. Luego, se han agrupado las regiones que van desde la V hasta la VII regiones, a las que se denomina región centro. Por último, se agruparon los datos que van desde la región VIII hasta la XII, a las que se denomina región sur. Se excluye la Región Metropolitana debido a la sub-notificación constatada.

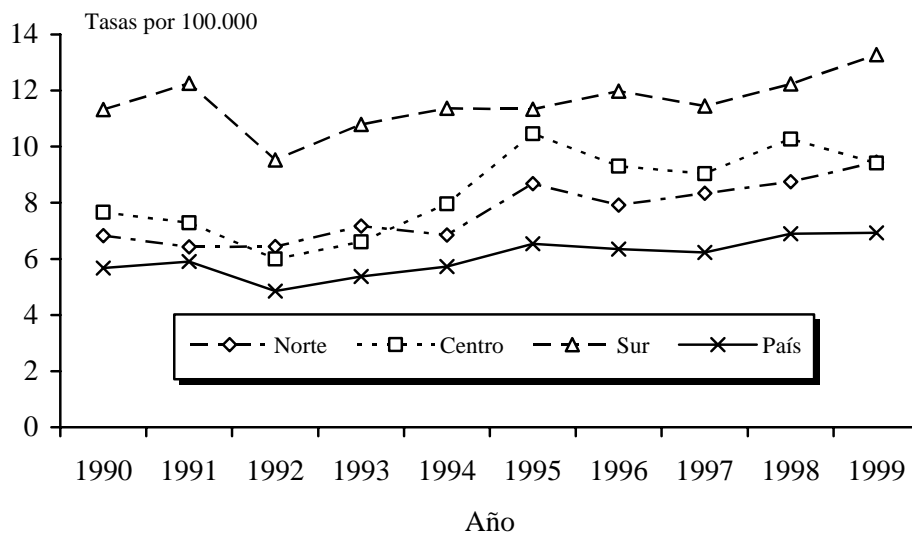
La agrupación presentada, se superpone con la distribución de los diferentes tipos de clima que se dan en Chile. Es decir, se puede ver que en zonas de clima desértico y estepárico (región norte) las tasas de suicidio son menores. Esta zona va desde los 17°30' latitud sur hasta los 32°15' latitud sur. En cambio, en

zonas de clima templado lluvioso (región sur), las tasas encontradas son mayores que en las otras zonas. Esta zona agrupa a las regiones que van desde la VIII hasta la XII, ubicándose este grupo entre los 36°00' latitud sur hasta los 56°30' latitud sur. La zona definida como "centro", corresponde a aquella en que se observa un clima templado mediterráneo y en ella las tasas de suicidio se ubican entre las dos anteriores descritas. Sus límites van desde los 32°02' latitud sur hasta los 33°50' latitud sur.

Existen dos grandes explicaciones a lo señalado recién. En primer lugar, las regiones del sur del país, son aquellas cuyo clima se traduce en una mayor pluviosidad. Por lo mismo, es mayor el tiempo en que los días son más grises y brumosos. También, estas regiones concentran una menor cantidad de población que vive en zonas urbanas. Todos estos factores llevan a que el contacto social sea más reducido.

En este sentido, los resultados son diferentes a lo planteado por Durkheim, quién veía en el aumento de la vida social una explicación para tasas más elevadas de suicidio. Es posible que el gradiente urbano rural en la generación del suicidio, sea hoy diferente a lo planteado hace 100 años atrás. Más adelante, se explorarán algunas variables que dicen relación con la vida económica de la población. En ese momento, se examinará el contexto, urbano o rural, en que viven las personas y su relación con la generación del suicidio.

Gráfico 4.15.
Evolución de tasas de suicidio según agrupación de regiones.



Una segunda explicación, es que desde la Octava Región hacia el sur, se concentra la mayor cantidad de población mapuche en todo el país. Por ser una población originaria, se ha sostenido que es objeto de una mayor discriminación. En numerosos estudios, que serán revisados en los próximos capítulos, se sostiene que las poblaciones con mayor riesgo de cometer suicidio, son precisamente aquellos grupos excluidos, marginados, de los beneficios que entrega la sociedad. Es bueno hacer notar que en Chile existen otras zonas dónde se concentra población originaria, como es el extremo norte del país. En esta zona, la población originaria proviene de grupos aymara. En este sentido, es concordante con esta explicación las mayores tasas observadas en la primera región del país, que presenta tasas más altas que el país en todos los años estudiados, salvo en uno.

Si se analizan las variaciones regionales agrupadas, se puede ver que tanto la región norte como centro presentan aumentos por sobre la media nacional, mientras que la región sur, que inicialmente tenía las tasas más altas, también presenta un aumento pero con una velocidad menor a lo que ocurre con el resto del país.

¹ Durkheim, E. (1995). El suicidio. Madrid, España. Ediciones Akal.

² Stara, C. y cols. (2004). Trend in suicide in Scotland 1981-1999: age, method and geography. BMC Public Health. 4, 49 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/49>)

³ Arsenault-Lapierre, G.; Kim, C.; Turecki, G. (2004). Psychiatric diagnosis in 3275 suicides: a meta análisis. BMC Psychiatry. 4,37. (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/37>)

⁴ Informe mundial sobre la violencia y la salud. (2003). Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las América de la OMS. Washington, D.C.

Capítulo 5.

Variaciones temporales del suicidio

Introducción

Las variaciones temporales del suicidio han sido sistemáticamente estudiadas desde hace muchos años. Por variaciones temporales, se entiende la existencia de un ciclo que se reparte entre los meses del año. Pero también, se ha estudiado la existencia de un ciclo que se da en períodos más cortos, de una semana.

La existencia de una variación anual en los casos de suicidio fue notada por Durkheim¹. Él concluye que al ordenar las estaciones del año según el número de suicidios, la mayor cantidad ocurría en verano, seguido por la primavera, el otoño y finalmente el invierno. En base a esta observación, él establece como ley para los países de Europa, lo siguiente: *"A partir del mes de enero inclusive, la marcha del suicidio es regularmente ascendente de un mes para otro, hasta junio, aproximadamente, y regularmente descendente a partir de este momento hasta el fin de año"* (pág. 89). En su investigación, él cita los hallazgos de otros autores del siglo XIX, quienes afirman que esta variación anual de los suicidios tiene como variable de explicación las variaciones en la temperatura ambiental que produciría, en los meses cálidos, una especie de "locurd", que lleva a las personas a cometer el suicidio.

Durkheim refuta esta hipótesis, señalando que en ciertas regiones de Europa, la temperatura es más baja en primavera que en verano. Además, él observa que la cantidad de suicidios es diferente aún en zonas que tienen la misma temperatura promedio. Habiendo descartado la influencia de la temperatura, él establece que la variación anual de los suicidios, tiene como variable de explicación la duración media del día y no la temperatura ambiental. A partir de esta constatación, Durkheim establece que *"el día favorece el suicidio, porque es el momento en que los negocios son más activos, en que las relaciones humanas se cruzan y entrecruzan, en que la vida social resulta más intensa"* (pág. 96). Citando otro autor, agrega como argumento de apoyo a su teoría, el que los suicidios son más frecuentes entre lunes y jueves, con un descenso los días viernes, sábado y domingo. Finalmente, concluye que *"No es precisamente el medio físico el que la estimula (la estacionalidad de los suicidios) de una manera directa; sobre todo, no es él el que marca su huella en la marcha de los suicidios. Esta marcha depende de condiciones sociales."* (pág. 103). Implícitamente, lo que él señala es que la actividad social favorece el suicidio, lo cual resulta paradójal cuando habla del suicidio anómico y del suicidio egoísta.

En el campo de investigación de los suicidios, la estacionalidad ha sido un tema recurrente, estudiada en distintas partes del mundo. Sin embargo, sobre su origen y significado la discusión permanece aún abierta.

Lester² (1979) analizó las variaciones temporales del suicidio y de los homicidios en Estados Unidos, usando cifras del año 1973 más un chequeo posterior con datos de 1974. En el primer año estudiado, las cifras que

encuentra, señalan una subida de casos en los meses de julio y agosto, es decir, en pleno verano del hemisferio norte. En el segundo año, se ven aumentos en los meses de septiembre y octubre, y también en marzo. Es decir, sus datos no muestran igual consistencia entre un año y otro. Al ampliar el período de observación, aparece con más claridad el alza en los meses de primavera y verano, siendo un poco mayor el primero. Respecto a la estacionalidad de los homicidios, usa datos de 1973 y los replica con datos de 1972. Sus hallazgos señalan que existe también una temporalidad, más persistente que en el caso de los suicidios. Los meses de mayor ocurrencia de los homicidios es desde julio a septiembre y diciembre. También señala una mayor ocurrencia de homicidios en los días de fin de semana, lo cual él relaciona con el hecho de que son esos días en que se produce una mayor ingesta de alcohol. Finalmente, llama la atención sobre la necesidad de utilizar series grandes de datos, ya que en pequeñas series es más difícil observar tendencias.

MacMahon³ (1983) estudió los suicidios ocurridos en Estados Unidos entre los años 1972 y 1978. Sus hallazgos muestran que los suicidios aumentan en primavera con una segunda alza, aunque menor, en el otoño. Esta tendencia se ve con más claridad en los datos agrupados de todos los años estudiados, pero señala que el alza experimentada en los meses de primavera no es tan regular al examinar cada año por separado. Al mismo tiempo, la subida mostrada en los meses de verano es más difícil de distinguir. Entre las limitaciones de su estudio, señala que la agrupación de datos a nivel de todo el país, no le permite explorar eventuales variaciones en función del clima prevaleciente en distintas latitudes o de características culturales.

Yip y cols.⁴ (2000) estudiaron los suicidios ocurridos en Inglaterra y Gales, entre los años 1982 y 1996. Sus objetivos apuntaban a verificar hallazgos anteriores de otros investigadores que habían estudiado el mismo fenómeno, pero en años anteriores. Aplicando las mismas metodologías estadísticas, encuentran que el efecto temporal de los suicidios estaba menos marcado en su serie, en comparación a los estudios previos y que les servían de comparación. Ellos aíslan un efecto de 15 a 17 por ciento de efecto temporal sobre la variación del suicidio, en comparación al 49,3 por ciento de un estudio realizado cerca de 20 años antes, por Barraclough y White (1978) sobre la misma población. En contraste con otros estudios, no encuentran diferencias por sexo. Para explicar su hallazgo, recurren a distintas variables, entre las cuales mencionan el cambio en el estado civil de los suicidas, señalando que en su serie ha disminuido el suicidio de viudos y separados. También aducen cambios en los estilos de vida. Citando a Durkheim, quién había correlacionado el efecto temporal con aumentos o disminuciones de la vida social, los autores señalan que en la sociedad actual, las posibilidades de estar conectado a la red social se ve favorecido por las nuevas tecnologías. La internet, el uso de celulares, el uso de correo electrónico favorecen el contacto social y disminuirían la posibilidad de estar aislado.

Otro estudio, de Gómes y cols.⁵, (1997) estudió los suicidios ocurridos en Cartagena, Murcia. Los autores encuentran una mayor frecuencia de suicidios en primavera. De 149 casos estudiados, 31,5 por ciento ocurren entre los meses de marzo y julio. Además, los meses de verano concentran un 24,2 por ciento de los casos. Concluyen que el aumento en el número de suicidios se relaciona con una mayor cantidad de horas de sol.

En un estudio realizado en Australia y que cubrió una mayor cantidad de años, Lambert y cols.⁶ (2003) encuentran que los suicidios alcanzaban su menor nivel en los meses de invierno, con un alza importante en los meses de primavera y verano. Por su parte, Partonen y cols.⁷ (2004) estudiaron una muestra de 27.469 suicidios ocurridos en Finlandia entre los años 1979 y 1999. Sus hallazgos muestran una mayor frecuencia de suicidios en los meses de primavera. Resultados similares obtienen Vidal-Rodeiro y cols.⁸, (2001) quienes estudiaron los casos de suicidio en Galicia, España, tomando como base todos los casos ocurridos entre 1976 y 1978.

Es decir, se puede ver que en la discusión anotada por Durkheim, tanto él como sus oponentes tenían parte de razón. Es posible suponer que la mayor cantidad de suicidios se deba a un trastorno individual, lo que otros autores calificaban como "estado de locura". Sin embargo, esta variación no dependería de oscilaciones en la temperatura, sino, como lo señala Durkheim, se asocia a variaciones en la cantidad de horas de exposición a la luz solar. Lo que no queda claro de los estudios citados, es que esta mayor cantidad de suicidios se deba a un intercambio social más intenso.

En este capítulo, se estudiarán los siguientes aspectos:

1. Conocer la existencia de un ciclo anual en la ocurrencia de los suicidios y los homicidios en Chile.
2. Conocer la existencia de un ciclo anual en el caso de los suicidios en los diferentes territorios definidos según el clima prevaleciente en cada uno de ellos, definidos en el capítulo anterior.

3. Explorar la posibilidad de un cambio según el sexo de los suicidas en la existencia de un ritmo anual.
4. Conocer la tendencia del suicidio y los homicidios según los días de la semana.

Metodología

Se tomaron todos los casos de suicidio y homicidio registrados en la base de datos del Instituto Nacional de Estadísticas desde 1990 hasta 1999: 8.531 registros en el caso de los suicidios y 4.160 casos de homicidio. Los registros se ordenaron según la fecha de muerte que aparece en la base de datos, considerando el día, el mes y el año. A continuación, se agruparon los suicidios de acuerdo a la estación, según el calendario del hemisferio sur: el verano, considera todos los casos registrados entre el 21 de diciembre y el 20 de marzo; el otoño, los casos registrados entre el 21 de marzo y el 20 de junio; el invierno, todos los casos acaecidos entre el 21 de junio y el 20 de septiembre; la primavera, los casos ocurridos entre el 21 de septiembre y el 20 de diciembre.

Luego, se tomó el total de suicidios y homicidios por cada mes, lo que representa la frecuencia observada mensual. El total de casos, tanto de suicidios como de homicidios de los 10 años observados se divide por el total de días (3.652 días de observación). Esto da un valor promedio diario. A continuación se multiplica este valor promedio por el total de días de cada mes, con lo que se obtiene la frecuencia esperada mensual. Ello permite que para

cada mes, se pueda calcular la razón entre el total de la frecuencia observada y la frecuencia esperada. Así, si los casos reales superan a los esperados, el resultado será sobre 1. Al revés, si se observan menos casos que los esperados, la división será menor que 1. Estos valores se llevan a un gráfico, que en definitiva, muestra las oscilaciones mensuales en torno al valor esperado.

Para explorar la ocurrencia de un ciclo semanal, cada registro se asoció a un día de la semana, considerando la fecha de ocurrencia. Se procedió de la misma forma señalada en el párrafo anterior para explorar la existencia de un ciclo semanal. Se supuso que tanto los suicidios como los homicidios se repartían al azar entre los días de la semana. Por lo que el total de casos, frecuencia observada, se dividió por 7, lo que representa la frecuencia esperada diaria. Por último, se calculó la razón dividiendo la frecuencia observada por la frecuencia esperada, lo que finalmente se llevó a un gráfico.

En el caso de los suicidios, se consideró además una división por sexo del suicida. Además, sólo para el caso de los suicidios, se consideró la comuna de residencia del suicida. Estas se agruparon por regiones, las que a su vez fueron agrupadas de acuerdo a la división planteada al final del capítulo precedente, es decir, región norte, centro y sur del país. En cada una de ellas, se explora la posibilidad de un ritmo anual de los suicidios.

Resultados

Frecuencia observada separada por estaciones.

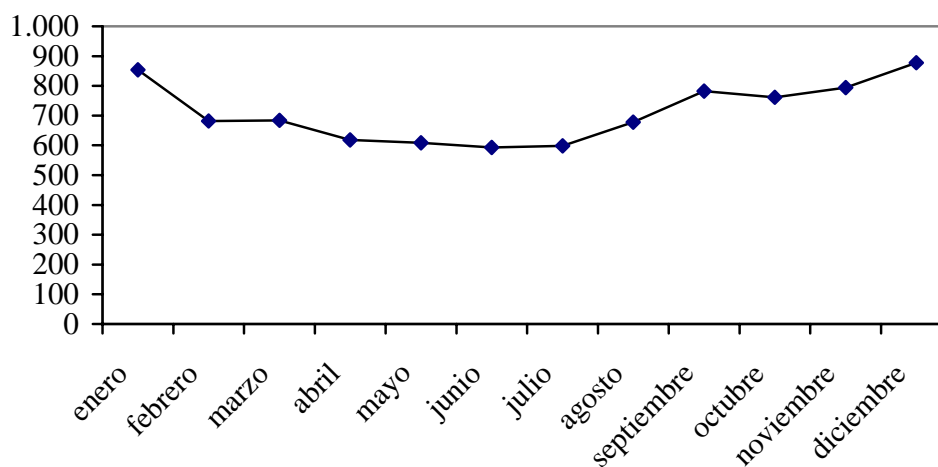
En la tabla 5.1. se muestra el total de suicidios y homicidios ocurridos en Chile entre 1990 y 1999, según las tablas de defunción. Se registran 8.531 casos de suicidio y 4.165 casos de homicidios. De estos últimos, se descartan 5 porque no cuentan con registro de fecha. Los casos han sido agrupados según las estaciones del año según se describió anteriormente. En el caso de los suicidios, se presenta además la distribución por sexo. Del total de casos observados, 7.335 corresponden a hombres y 1.196 a mujeres. Más adelante, se comenta la distribución estacional en la población general y de acuerdo al sexo. En el caso de los homicidios, no se presenta la distribución separada por sexo, ya que esta tiene un significado diferente. En efecto, en el caso de los suicidios, el agresor es al mismo tiempo la víctima. De ahí que tenga sentido estudiar el sexo que aparece registrado en la base de datos que informa de la mortalidad. En cambio, en el caso de los homicidios, lo que se registra es el sexo de la víctima, que no necesariamente corresponde al sexo del agresor.

En el gráfico 5.1., se muestra la distribución mensual de los suicidios y los homicidios, considerando el total de cada mes en los 10 años incluidos en esta muestra.

Tabla 5.1.
 Número de casos de suicidio y homicidio por estaciones del año.
 En el caso de los suicidios, según sexo del suicida.
 Período 1990 – 1999.

		Verano	Otoño	Invierno	Primavera	Total
Suicidios						
Hombres	Casos	2.003	1.599	1.734	1.999	7.335
	Porcentaje	27,3	21,8	23,6	27,3	100
Mujeres	Casos	316	242	291	347	1.196
	Porcentaje	26,4	20,2	24,3	29,0	100
Total		2.319	1.841	2.025	2.346	8.531
		27,2	21,6	23,7	27,5	100
Homicidios						
Total		1.049	1.027	1.063	1.021	4.160
		25,2	24,7	25,6	24,5	100
Suicidios y Homicidios						
Total		3.368	2.867	3.088	3.366	12.689
		26,5	22,6	24,3	26,5	100,0

Gráfico 5.1.
 Número de casos de suicidio por mes, entre 1990 y 1999. Chile.



En la tabla 5.2. se muestra el número real de casos de suicidio por cada mes en los 10 años de observación.

Tabla 5.2.

Número de casos reales de suicidio, por mes y por año. 1990-1999.

Año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1990	76	49	67	53	61	44	38	55	79	66	67	88	743
1991	95	60	66	55	51	45	55	70	74	76	66	73	786
1992	74	55	55	51	54	50	50	52	50	42	63	61	657
1993	84	63	65	48	45	49	52	56	73	64	74	66	739
1994	60	62	58	45	65	64	60	68	80	68	81	84	795
1995	84	79	66	75	78	64	63	82	93	78	70	95	927
1996	100	62	74	71	54	94	55	65	76	88	104	70	913
1997	73	73	68	70	55	45	73	85	85	81	91	109	908
1998	94	92	74	68	80	74	82	70	90	101	84	113	1.022
1999	114	87	91	82	66	64	70	75	82	97	94	119	1.041
Total	854	682	684	618	609	593	598	678	782	761	794	878	8.531

En la tabla 5.3. se muestra el número de casos esperados de suicidio, según lo descrito en la sección de metodología.

Tabla 5.3.

Casos esperados de suicidio, por mes y por año. 1990 – 1999.

Año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1990	63	57	63	61	63	61	63	63	61	63	61	63	743
1991	67	60	67	65	67	65	67	67	65	67	65	67	786
1992	56	52	56	54	56	54	56	56	54	56	54	56	657
1993	63	57	63	61	63	61	63	63	61	63	61	63	739
1994	68	61	68	65	68	65	68	68	65	68	65	68	795
1995	79	71	79	76	79	76	79	79	76	79	76	79	927
1996	77	72	77	75	77	75	77	77	75	77	75	77	913
1997	77	70	77	75	77	75	77	77	75	77	75	77	908
1998	87	78	87	84	87	84	87	87	84	87	84	87	1.022
1999	88	80	88	86	88	86	88	88	86	88	86	88	1.041
	724	658	724	701	724	701	724	724	701	724	701	724	8.531

En la tabla 5.4, se muestra el total de homicidios reales por cada mes en los 10 años de observación.

Tabla 5.4.

Número de casos reales de homicidio, por mes y por año. 1990-1999.

Año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1990	40	27	38	31	27	34	29	32	42	37	40	25	402
1991	46	30	44	27	38	43	39	31	39	47	32	33	449
1992	33	32	21	31	30	39	32	34	47	33	36	34	402
1993	35	25	29	35	33	27	32	27	37	29	22	27	358
1994	45	28	36	36	36	35	30	32	30	43	23	34	408
1995	43	31	34	42	38	33	44	39	47	31	42	38	462
1996	34	34	44	33	43	42	29	31	31	44	28	44	437
1997	31	28	34	33	35	29	35	25	30	30	30	38	419
1998	26	32	36	40	35	30	32	34	30	40	39	45	445
1999	40	27	39	32	43	39	31	32	42	39	39	42	378
Total	373	294	355	340	358	351	333	317	375	373	331	360	4.160

En la tabla 5.5 se muestra el total de homicidios esperados, si es que estos se distribuyeran al azar en el período observado.

Tabla 5.5.

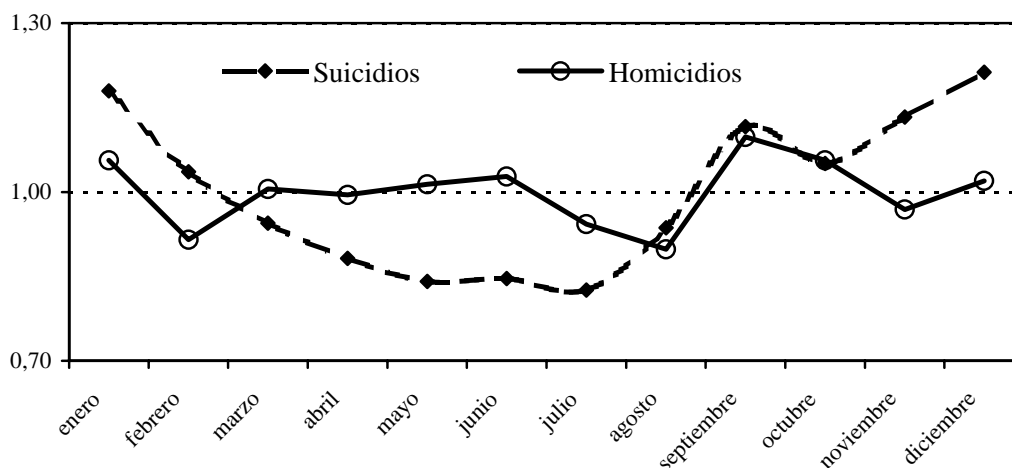
Casos esperados de homicidio, por mes y por año. 1990 – 1999.

Año	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	Total
1990	34	31	34	33	34	33	34	34	33	34	33	34	402
1991	38	34	38	37	38	37	38	38	37	38	37	38	449
1992	34	32	34	33	34	33	34	34	33	34	33	34	402
1993	30	27	30	29	30	29	30	30	29	30	29	30	358
1994	35	31	35	34	35	34	35	35	34	35	34	35	408
1995	39	35	39	38	39	38	39	39	38	39	38	39	462
1996	37	35	37	36	37	36	37	37	36	37	36	37	437
1997	32	29	32	31	32	31	32	32	31	32	31	32	378
1998	36	32	36	34	36	34	36	36	34	36	34	36	419
1999	38	34	38	37	38	37	38	38	37	38	37	38	445
	353	321	353	342	353	342	353	353	342	353	342	353	4.160

En el gráfico 5.2. se muestra la distribución de los casos de suicidio y homicidio por mes, considerando el conjunto de los 10 años. En este caso, se toma el conjunto de casos efectivos que se dan en los respectivos meses del período observado y se divide por el total de casos esperados.

Gráfico 5.2.

Casos reales versus casos esperados de suicidio y homicidio, por mes.



A partir de la lectura del gráfico 5.2. se puede ver que efectivamente existe un ciclo anual de los suicidios en la población chilena. Estos comienzan a aumentar en el mes de agosto y sobrepasan el nivel esperado en el mes de septiembre, que es el mes en que se inicia la primavera en el hemisferio sur. Luego, existe un estancamiento que dura hasta noviembre, para aumentar fuertemente en los meses de diciembre y enero, que corresponde a los meses de inicio del verano. Sin embargo, caen a continuación de manera brusca, en el mes de febrero y marzo, cuando aún se dan condiciones de temperatura similares al mes de enero. La caída del número de casos se prolonga en los cuatro meses siguientes, que corresponden al otoño y parte del invierno. Esta caída en el número de casos, comienza luego a desaparecer en el mes de agosto.

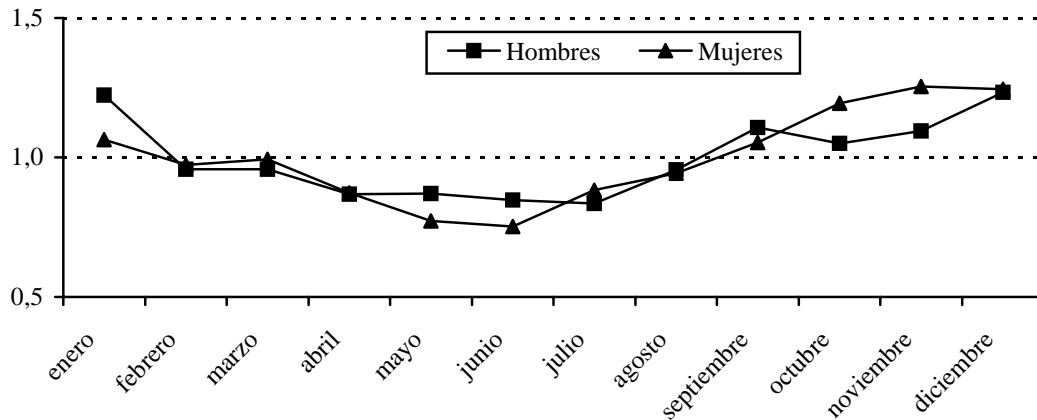
Esta lectura está respaldada, además, por los datos que se muestran en la tabla 5.1. Los suicidios registrados en primavera, alcanzan el mayor porcentaje: 27,5 por ciento. Le sigue el porcentaje de suicidios registrados en verano, con

un 27,2 por ciento. A continuación aparece el invierno, con un 23,7 por ciento, mientras que el otoño es la estación que registra la menor cantidad de suicidios, con un 21,6 por ciento.

Respecto a la existencia de un ciclo anual, en el caso de los homicidios, la situación no es tan clara. La mayor parte de los meses, se registra un número de casos similar al esperado, si es que estos se distribuyeran al azar. Sólo se destaca la cifra del mes de febrero y agosto, en que la cifras son menores a lo esperado. El mes de febrero, corresponde al pleno verano en el hemisferio sur, mientras que el mes de agosto representa lo mismo en relación al invierno. Los meses en que se produce la situación inversa, es decir, se registran más casos de lo esperado, corresponden a los meses de septiembre y enero. En septiembre, comienza la primavera en el hemisferio sur, mientras que enero representa el inicio del verano.

Además, las cifras de la tabla 5.1. señalan que la distribución de los homicidios por estaciones del año es bastante similar. Los porcentajes giran en torno al 25 por ciento, con variaciones que van desde el 25,5 por ciento (primavera) y el 25,6 por ciento (invierno).

Gráfico 5.3.
Ciclo mensual de los suicidios según sexo.



La curva descrita que muestra la variación anual de los suicidios, sigue la misma tendencia en el caso de los hombres (ver gráfico 5.3.), lo cual se explica, ya que el 85,9 por ciento de los casos corresponden a suicidios masculinos. En el caso de las mujeres, la curva anual es similar a la curva del total de la población. Sin embargo, se aprecian algunas diferencias que aparecen con más claridad en el gráfico. La primera, es que el aumento de los casos de suicidios femeninos es más marcado en los meses de octubre y noviembre, es decir, el aumento primaveral aparece con más nitidez. Esto es concordante con las cifras mostradas en la tabla 5.1. Luego, no se da el mismo aumento en los meses de verano, ya que los valores correspondientes a los meses de enero y febrero están bajo el valor de uno. Por último, la caída que se observa en los meses del otoño es aún más pronunciada que en el caso de los hombres.

Ciclo semanal

En la tabla 5.6. se muestra la distribución de los 8.531 registros de suicidio según el día de la semana en que ocurrió el evento. Al mismo tiempo, se

muestran los días de la semana en que se registran los homicidios. En la columna de casos esperados, se anota la cifra calculada si es que tanto los suicidios como los homicidios se distribuyeran homogéneamente dentro de la semana. Con ambas cifras, se calculó la razón entre los casos efectivos versus los esperados. Los resultados de este ejercicio aparecen en el gráfico 5.4.

A continuación, en la tabla 5.7 se muestra la distribución de los suicidios según el día de la semana en que aparecen registrados, separados según el sexo del o de la suicida. En este caso, también se calculó la cifra de suicidios esperados y luego la razón entre los casos observados sobre los esperados. El resultado aparece en el gráfico 5.5.

Tabla 5.6.
Día de la semana en que ocurren los suicidios y los homicidios,
1990-1999

Día	Suicidios			Homicidios		
	Reales	Esperados	Razón	Reales	Esperados	Razón
Lunes	1.416	1219	1,16	631	594	1,06
Martes	1.148	1219	0,94	401	594	0,67
Miércoles	1.056	1219	0,87	379	594	0,64
Jueves	1.071	1219	0,88	444	594	0,75
Viernes	1.156	1219	0,95	512	594	0,86
Sábado	1.193	1219	0,98	719	594	1,21
Domingo	1.491	1219	1,22	1074	594	1,81
Total	8.531			4.160		

Gráfico 5.4.
Variación diaria del suicidio y de los homicidios. 1990-1999

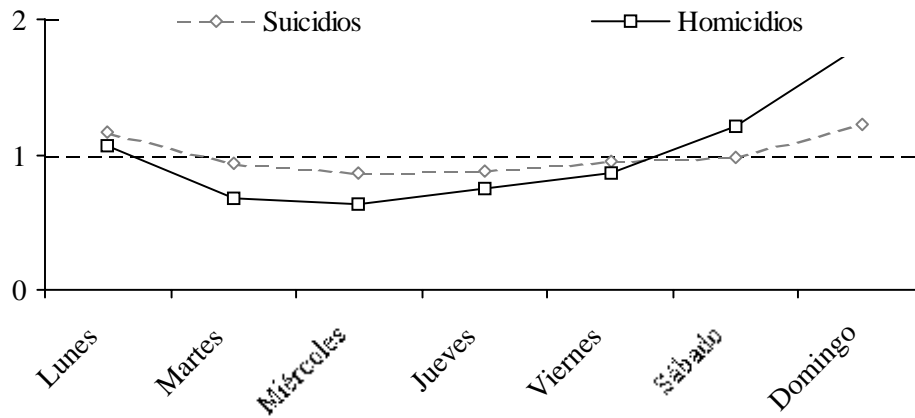
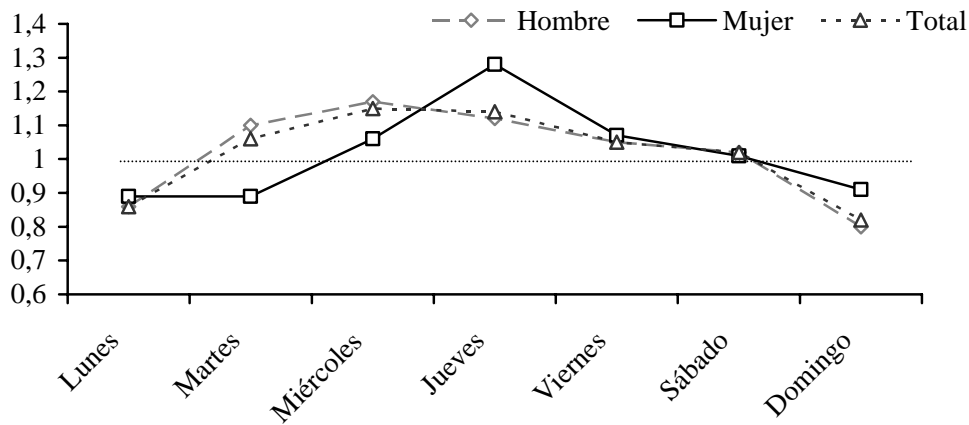


Tabla 5.7.
Día de la semana en que ocurren los suicidios,
según el sexo. 1990-1999

Día	Hombres	Mujeres	Total
Lunes	1.223	193	1.416
Martes	955	193	1.148
Miércoles	895	161	1.056
Jueves	938	133	1.071
Viernes	997	159	1.156
Sábado	1.023	170	1.193
Domingo	1.304	187	1.491
Total	7.335	1.196	8.531

Gráfico 5.7.
Variación diaria del suicidio, según sexo. 1990-1999



Tanto las cifras de la tabla 5.7., así como la figura del gráfico 5.4. muestran que la distribución de los suicidios en los días de la semana no parece ser un hecho al azar, sino que sigue una distribución bastante regular. Los días miércoles y jueves son los que presentan la mayor diferencia, 0,86 y 0,87, si es que se espera que la distribución fuera al azar. A partir del día jueves los suicidios comienzan a aumentar, de forma tal que los días domingo y lunes la cantidad observada es mayor, 1,22 y 1,16, a lo que cabe esperar en una distribución azarosa. Esta descripción de la curva general es prácticamente la misma en el caso de los suicidios masculinos (ver gráfico 5.5.), por el mayor peso que estos tienen en el total de casos. En el caso de los suicidios femeninos, la tendencia es similar a la descrita recién, sólo que el día martes se producen más suicidios que los que cabría esperar si la distribución fuera al azar. De la misma forma, los suicidios que se producen el día jueves son los que más se apartan, en menos, del valor esperado.

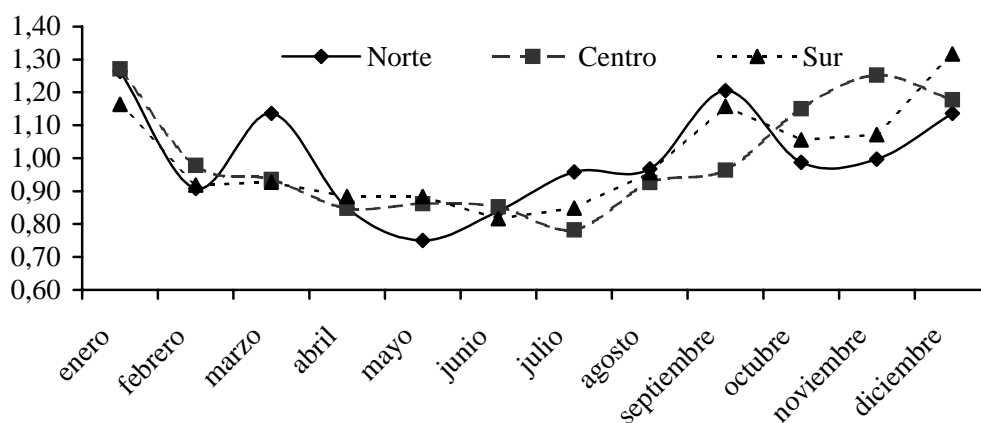
En relación a la existencia de un ciclo semanal en el caso de los homicidios, este aparece con mayor claridad que en el caso de los suicidios. En efecto, los días martes, miércoles y jueves son los que presentan menos casos respecto a lo que se pudiera esperar si es que la distribución fuera al azar. A partir del día jueves aumentan y el día sábado los casos observados superan a lo esperado, situación que es mucho más marcada el día domingo, en que la relación entre casos observados versus casos esperados es de 1,81. Esta relación baja el día lunes, pero siempre con un valor sobre uno.

Variación del suicidio según la región climática.

En el gráfico 5.6. se muestran las curvas de variación de los suicidios en las tres áreas geográficas definidas anteriormente. Se puede observar que en todas ellas existe el mismo ritmo anual, caracterizado por una baja de suicidios en otoño e invierno, aumento en primavera, alcanzado los valores más altos en los meses de verano, especialmente entre diciembre y enero. Existen sí algunas diferencias entre las distintas áreas. Por ejemplo, en la zona norte del país se da un alza en el mes de marzo, que no se aprecia en las otras áreas geográficas. También, en esta misma zona, se aprecia un aumento en el mes de septiembre, que es el mes de inicio de la primavera en el hemisferio sur. Esta alza es mayor a lo que se observa en la zona sur. En cambio, en la zona centro, el alza en el mes de septiembre es más moderada. Otro hecho a notar, es que en los meses de octubre y noviembre se produce un descenso de casos en la zona norte, con valores casi iguales a uno, es decir, la frecuencia esperada es casi igual a la frecuencia observada, si es que los suicidios se distribuyeran al azar durante el año. La curva que muestra la estacionalidad es similar en la zona sur pero la

baja que se observa en los meses de octubre y noviembre es menos pronunciada que en la zona norte. En cambio, en la zona centro el alza es más marcada en los meses de octubre y noviembre.

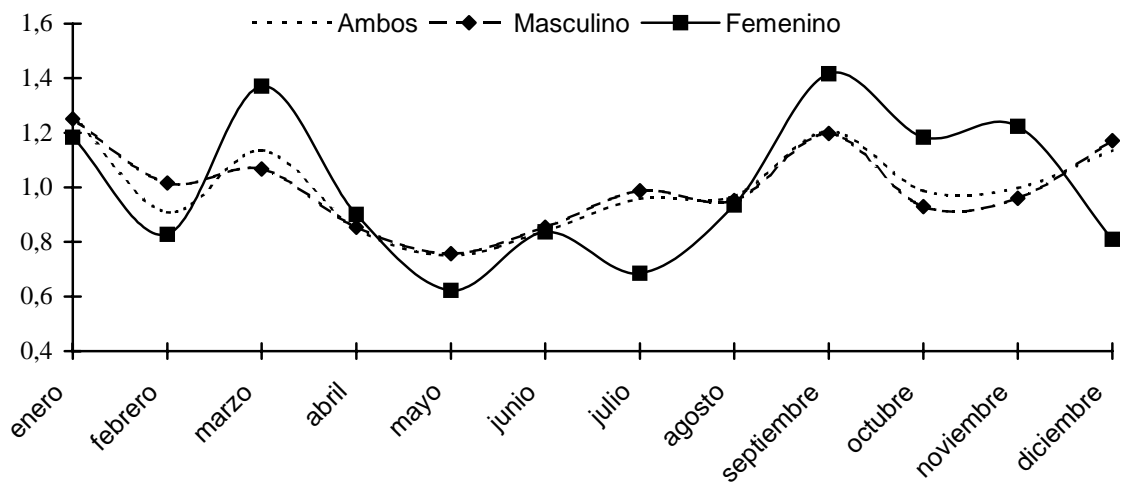
Gráfico 5.6.
Casos reales versus casos esperados, según región geográfica,
distribuidos por mes



Variación del suicidio según el sexo y clima.

En el gráfico 5.7 se aprecia que existe una variación anual en los suicidios registrados en la zona norte del país. En la curva que representa a ambos sexos, se constata una disminución en febrero, seguida por un alza en el mes de marzo. Luego, se produce una disminución con su punto más bajo en el mes de mayo. A partir del mes de junio, comienza a aparecer un aumento, con su nivel más alto en el mes de septiembre. Luego, entre septiembre y enero, los niveles son estables, con leves descensos en los meses de octubre y noviembre. Los meses en que el valor obtenido supera a uno son enero, marzo, septiembre y diciembre. Los meses de octubre y noviembre los valores son cercanos a uno. En los demás meses, los valores son menores a la unidad.

Gráfico 5.7.
Zona Norte. Temporalidad de los suicidios según sexo

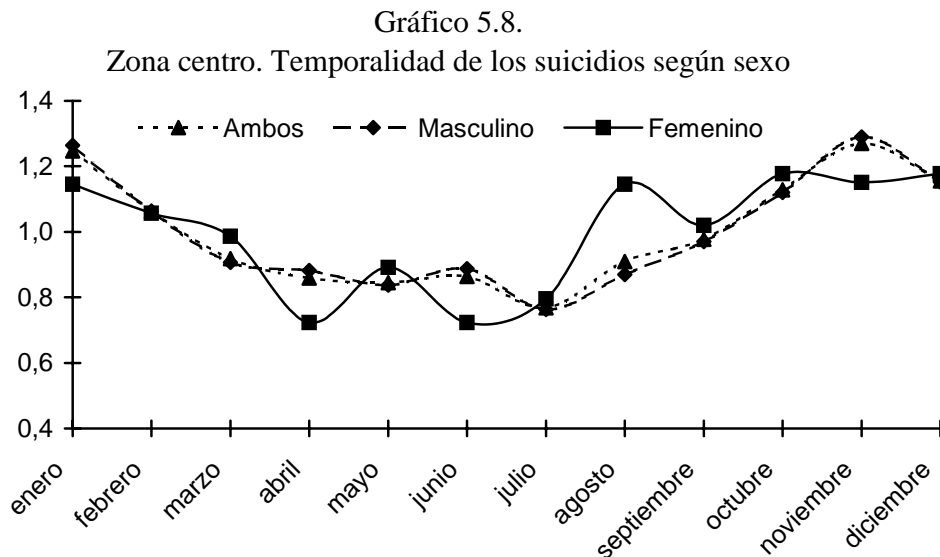


La curva de los suicidios en el caso masculino es muy similar a la que se da entre ambos sexos. Ello se debe seguramente al hecho de que en los diez años de observación, se registraron 1.215 casos de suicidio, de los cuales, 1.026, es decir, el 84,4 por ciento, correspondieron a suicidios masculinos. Los casos registrados en mujeres alcanzan sólo a 189, o sea un 15,6 por ciento. En los suicidios femeninos la curva de casos según los meses, sigue un camino diferente a la general. Se aprecia un aumento marcado en el mes de febrero y en el mes de septiembre. Además, la baja apreciada en el mes de julio es más marcada. También, a diferencia de lo observado con la curva general, en el mes de diciembre se aprecia una disminución de los suicidios.

La curva que muestra la temporalidad de los suicidios en la zona centro del país (gráfico 5.8.), también muestra un ritmo anual bien marcado. Se produce un descenso desde el mes de febrero, alcanzado el nivel más bajo en los meses de invierno, es decir, mayo, junio y julio. A partir de agosto se aprecia un aumento,

alcanzando el máximo en el mes de noviembre y enero. En diciembre se nota un pequeño descenso, pero los casos observados siguen siendo superiores a los esperados.

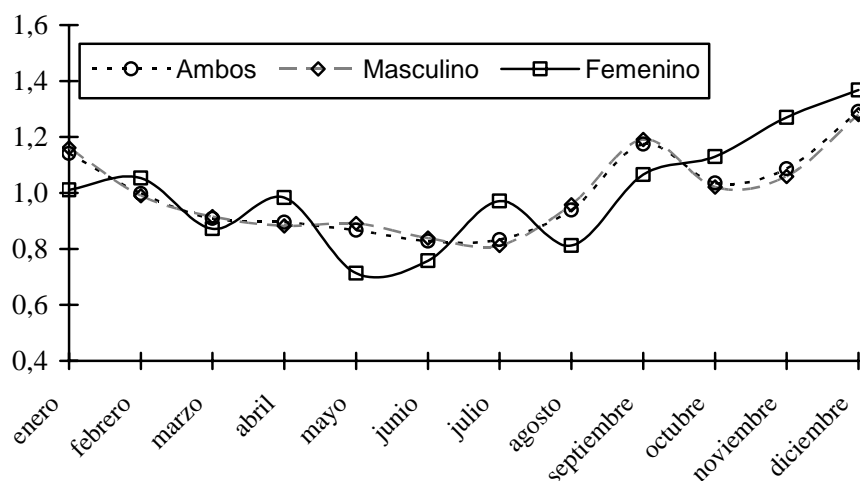
En la zona centro, la curva de los suicidios masculinos sigue la tendencia recién anotada. Ello se debe a que estos casos representan el 85,6 por ciento del total. Los suicidios femeninos, que representan el 14,4 por ciento, siguen una curva semejante al universo estudiado. Las diferencias observadas corresponden a los meses de abril y mayo (meses de otoño), en que la baja es más pronunciada que en el caso de los suicidios masculinos. También, llama la atención el alza mostrada en el mes de agosto, ya que esta alza es superior a lo observado en la población general.



La distribución de los suicidios en la zona sur del país (gráfico 5.9.) también muestra la temporalidad anual ya señalada, es decir, se produce un descenso a partir del mes de febrero, alcanzando el menor valor en el mes de julio,

seguido por un alza hasta el mes de septiembre. En esta zona, es más marcada la disminución en los meses de octubre y noviembre, respecto al valor de septiembre, seguido por diciembre, que es el mes en que se alcanza el mayor valor sobre uno: 1,29. Nuevamente, la curva de los suicidios masculinos es similar a la población general, ya que representan el 86,7 por ciento de los casos observados.

Gráfico 5.6.
Zona sur. Temporalidad de los suicidios según sexo



Los suicidios femeninos, que representan el 13,3 por ciento de los casos, muestran una curva más oscilante. Así, febrero y abril muestran un alza, en momentos que la curva va hacia la baja. El nivel más bajo se da en el mes de mayo, pero luego se aprecia un aumento hasta el mes de julio. Nuevamente se produce un pequeño descenso en el mes siguiente y a continuación un aumento para llegar a su máximo valor en el mes de diciembre, en que la cifra de los casos reales superan a lo esperado en un 36 por ciento.

Discusión

En primer lugar, el estudio de los datos sobre el suicidio en la realidad chilena, son coincidentes con lo señalado por Durkheim hace más de 100 años y que ha sido posteriormente refrendado por diferentes investigadores, en el sentido de que se da un ciclo temporal anual de los suicidios. Los cifras analizadas en esta investigación, muestran que efectivamente se dan más casos de suicidio en los meses de primavera y verano, con porcentajes que son prácticamente iguales (27,5% y 27,2%). A continuación, aparece en tercer lugar el invierno seguido, por último, con la frecuencia encontrada en los meses del otoño. Dado que la mayoría de los casos corresponden a suicidios masculinos, el ciclo anual es el mismo en este grupo que la anotada para la población general. En el caso de los suicidios femeninos, aparece una diferencia respecto al patrón masculino. Los suicidios femeninos se dan más en primavera (29,0%) que en el verano (26,4%). Respecto a los meses de invierno, siguen en tercer lugar (24,3%), para llegar a los meses de otoño, en que se da la menor cantidad de suicidios femeninos (20,2%). Esta situación es diferente a lo señalado en el estudio de Yip y cols., quienes citan un conjunto de investigaciones que señalan un aumento de los suicidios femeninos en otoño.

Por otro lado, no se constata la existencia de una temporalidad anual en el caso de los homicidios. Las cifras de los meses de otoño e invierno son prácticamente iguales a lo que se puede esperar en una distribución al azar. Sólo se destaca el aumento en los meses de septiembre y enero, pero que no alcanzan a modificar el número de las respectivas estaciones.

La existencia de esta temporalidad en el caso de los suicidios, ha hecho pensar a los investigadores la existencia de un factor biológico que pueda explicarla. En este sentido, son muchos los trabajos que apuntan al metabolismo de la serotonina. La serotonina es un neurotransmisor que actúa como modulador a nivel del sistema nervioso central. Su acción se aprecia en ámbitos tales como el humor, la ansiedad, el sueño, conducta alimentaria y deseo sexual. Sus alteraciones se aprecian en trastornos como depresión, función cognitiva, depresión bipolar. Su síntesis y liberación es estimulada por estímulos que ingresan a través de la retina. Una baja en la cantidad de serotonina se asocia a humor depresivo. Es decir, en días de invierno, en que las horas de sol son menores, se puede esperar una disminución de serotonina, lo que puede explicar la mayor cantidad de depresión observada. También, se ha citado el hecho de que este neurotransmisor se encuentra en diferentes niveles entre hombres y mujeres, con una mayor tendencia de estas últimas a mostrar niveles más bajos.

La relación entre el metabolismo de la serotonina y los suicidios se apoyan sobre distintos argumentos.

En primer lugar, la investigación epidemiológica desde el siglo 19 hasta hoy, señalan que los suicidios se producen en aquellas épocas del año en que existe una mayor cantidad de luz solar. Más aún, muchos investigadores han documentado el hecho de que los suicidios se producen en horas diurnas, con una frecuencia menor de casos durante la noche. Esta relación entre suicidios y duración de exposición a la luz solar, ya fue notada por Durkheim.

Algunos investigadores, han tratado de relacionar esta temporalidad de los suicidios con otros factores climáticos, como la temperatura y la humedad ambiental. Sin embargo, estos factores no aparecen claramente asociados a la temporalidad de los suicidios.

Así, es la exposición a la luz solar la variable que más persistentemente se asocia al suicidio. Y es, precisamente, la exposición a la luz solar, la variable que se halla involucrada en la liberación de serotonina.

Por otro lado, la serotonina también presenta un ciclo anual, que es prácticamente igual al observado en la ocurrencia de los suicidios (Lambert, 2002)⁹. En este sentido, vale la pena citar el estudio de Tiihonen y cols. (1997)¹⁰, quienes estudiaron los homicidios registrados en Finlandia. Ellos partieron de la base de que existe un ritmo anual de producción de serotonina, la cual, a su vez, está relacionado con la conducta agresiva. De ahí, ellos postularon la relación entre las variaciones en este sistema neurotransmisor, las conductas agresivas, tales como el homicidio y la relación de éste último con la ocurrencia de suicidios que ellos también califican como violentos. Usaron como universo de observación los homicidios cometidos en Finlandia, desde 1957 hasta 1995, es decir, 4.553 casos. Encontraron que efectivamente existe un ritmo anual, con aumentos en el período del verano y una correspondiente baja en el período de invierno. Ellos relacionan estas variaciones con ritmos similares en los mecanismos implicados en el metabolismo de la serotonina. Sin embargo, los autores hacen notar algunos hechos que son de interés. Uno de ellos, es que la muestra que ellos tomaron es suficientemente grande, a diferencia de otros estudios, que se habían basado en muestras menores

(N= 1.462) y que no encontraron la misma relación. También citan un segundo estudio, que usó una muestra intermedia, en el cual apareció una débil variación anual en la ocurrencia de homicidios (N= 2.702). En suma, los autores señalan que posiblemente el ritmo anual de los homicidios es lo suficientemente débil como para requerir un número de observaciones mínimos para alcanzar una significación estadística. Un segundo factor que ellos señalan, es que el estudio proviene desde Finlandia, cuya ubicación geográfica permite que las estaciones estén claramente definidas, a diferencia de lo que ocurre con lugares más cercanos a la línea del Ecuador.

Esta atención dada a la serotonina parece invalidar la hipótesis temprana de Durkheim, quien postuló que detrás de la temporalidad de los suicidios, se hallaba involucrado un efecto social. Algunas investigaciones recientes vuelven a poner en discusión el efecto sobre el suicidio de variables sociales.

En definitiva, existen antecedentes como para afirmar que existe un ritmo anual de los homicidios que transcurre en forma paralela a los ritmos de liberación de la serotonina. Este ritmo anual, es similar al que se aprecia en el caso de los suicidios. Luego, se puede concluir que ambos hechos, suicidios y homicidios, tienen una base biológica común, ligados a la biología de la conducta agresiva. Sin embargo, ello no invalida el hecho de que simultáneamente se considere el papel de variables sociales.

En el estudio publicado por Yip y cols. (2000)¹¹ se cita el hecho de que la temporalidad de los suicidios está disminuyendo en los casos estudiados en Inglaterra y Gales. Cuando tratan de explicar esta disminución, hacen alusión a

cambios en los estilos de vida, pero también llaman la atención sobre el efecto que se ha observado en ese país, respecto a que la reducción del componente temporal estaría basada en una menor tasa de suicidios en viudos y separados. Citan, en apoyo a este razonamiento, un estudio efectuado en Finlandia (Nayha, 1983)¹², en que el aumento otoñal de los suicidios estaría ligado al estado marital.

Según los datos que hemos analizado aquí, la existencia de un ciclo semanal también apunta a la existencia de factores sociales que pueden explicar la ocurrencia del suicidio. Si el suicidio fuera solamente dependiente de factores biológicos, ello no permite entender el hecho de que se da más en ciertos días de la semana. Sin embargo, este factor aparece suficientemente débil como para no intentar explicar el suicidio sólo por factores sociales.

Es decir, la existencia de la temporalidad de los suicidios lleva a pensar en la existencia de un mecanismo biológico que la explica. Sin embargo, aunque tal mecanismo esté efectivamente relacionado con las variaciones anuales del suicidio, la existencia de variables sociales también estaría jugando un papel.

Respecto a la ausencia de temporalidad anual en el caso de los homicidios, es posible que estén en juego otras variables, de carácter social, las que serán discutidas en el capítulo 8. Los datos mostrados en esta sección, si bien llevan a pensar en la existencia de mecanismos biológicos en la explicación del suicidio en particular y de la conducta agresiva en general, al parecer no invalidan la existencia simultánea de la acción de variables sociales.

-
- ¹ Durkheim, E. (1995). *El suicidio*. Madrid, España. Ediciones Akal.
- ² Lester, D. (1979). Temporal variation in suicide and homicide. *Am J Epidemiol.* 109, 517-520.
- ³ MacMahon, K. (1983). Short-term temporal cycles in the frequency of suicide. United States, 1972-1978. *Am J Epidemiol.* 117,744-50.
- ⁴ Yip, P. y cols. (2000). Seasonal variation in suicides: diminished or vanished. *Br J Psychiat.* 177, 366-369.
- ⁵ Gómez, MJ. y cols. (1997). Influencia de la bioclimatología en los suicidios. *Aten Primaria.* 19, 177-182.
- ⁶ Lambert, G.; Reid, Ch.; Kaye, D.; Jennings, G.; Esler, M. (2003). Increased suicide rate in the middle-aged and its association with hours of sunlight. *Am J Psychiatric.* 160, 793-795
- ⁷ Partonen T.; Haukka, J.; Nevalinna, H.; Lonnqvist, J. (2004). Analysis of the seasonal pattern in suicide. *J Affect Disord.* 81(2), 133-9
- ⁸ Vidal-Rodeiro, C.L. y cols. (2001). Distribución geográfica y temporal del suicidio en Galicia (1976-1998). *Gac Sanit.* 15(5), 389-397.
- ⁹ Lambert, G.W.; Reid, C.; Kaye, D.M.; Jennings, G.L.; Ester, M.D. (2002). Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. *Lancet.* 360, 1840-42.
- ¹⁰ Tiihonen, J.; Räsänen, P.; Hakko, H. (1997) Seasonal variation in the occurrence of homicide in Finland. *Am J Psychiatry.* 154, 1711-1714.
- ¹¹ Yip, P. y cols. citado en nota 4.
- ¹² Nayha, S. (1983). The biseasonal incidence of some suicides. Experience from Finland by marital status, 1961-1976. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 67, 32-42.

Capítulo 6

El suicidio y el estado civil

Uno de los temas que más frecuentemente ha sido estudiado, es la relación entre el suicidio y el estado civil. Durkheim (1995)¹ dedica dos extensos capítulos acerca de este tema en su estudio del suicidio: cuando habla del suicidio egoísta y del suicidio anómico. Respecto al primero, postula que una corriente egoísta está en la base de muchos casos de suicidio. Para él, un mayor estado de egoísmo a nivel personal y social se relaciona con un debilitamiento del estado de integración, el cual, a su vez, es proporcionado por la adscripción a ciertas sociedades dentro del cuerpo social. Las sociedades que él señala son la sociedad religiosa, la sociedad conyugal y la sociedad política. La mayor existencia de sentimientos egoístas, se relaciona con un debilitamiento de las sociedades recién señaladas. A este debilitamiento, él lo señala como un factor de desintegración. *"El suicidio - señala - varía en razón inversa del grado de desintegración de los grupos sociales de que forma parte el individuo"*². Precisamente, el matrimonio jugaría el papel de integración necesario para mantener al individuo dentro de la sociedad. Su debilitamiento, por tanto, favorecería su aislamiento social.

Para comprobar estas ideas, él estudia cómo varía el suicidio según el estado civil de las personas. Aquellos países o zonas, en que el divorcio está más extendido, son también los que producen la mayor cantidad de suicidios, lo que lo lleva a establecer como conclusión que *"el suicidio varía en razón inversa del grado de desintegración de la sociedad doméstica"*³. El concepto de "egoísta"

que él usa, se relaciona con su concepto de que "*cuando la sociedad está fuertemente integrada, tiene a los individuos bajo su dependencia*" y por lo tanto, "*no les permite disponer de sí mismos a su antojo*"⁴.

Al hablar del suicidio anómico, nuevamente hace referencia al estado civil. Para él, la anomia se da en dos órdenes sociales: el económico y el doméstico. Nuevamente, hace uso de las cifras estadísticas, para recalcar la observación de que existe una mayor cantidad de suicidios en aquellas zonas en que se da una mayor cantidad de divorcios. Esta vez, la explicación es que el estado matrimonial "*regula*" y "*contiene*" al individuo en sus aspiraciones. El divorcio, señala él, deja a las personas sin esta necesaria contención.

Lo que se desprende de las estadísticas mostradas por Durkheim, es que el matrimonio, ya sea por su labor de integración o de contención, favorece más al hombre que a las mujeres. En efecto, las cifras de suicidio son claramente superiores en hombres divorciados o solteros que en hombres casados. La situación del hombre viudo no es tan clara, ya que si bien presenta más suicidios que los casados, su situación es intermedia en relación a los solteros y divorciados. La situación de las mujeres es similar, pero menos marcada.

Resumiremos, señalando cuatro leyes que Durkheim desprende de los datos usados:

1. Los matrimonios muy precoces ejercen una influencia agravante en el suicidio, sobre todo en lo que se refiere a los hombres.
2. A partir de los veinte años, los casados de ambos sexos se benefician con un coeficiente de preservación con relación a los solteros.

3. El coeficiente de preservación de los casados en relación con los solteros, varía según los hechos.
4. La viudez disminuye el coeficiente de los esposos de ambos sexos, pero frecuentemente no lo suprime por completo.

Kposowa (2000)⁵, estudia el efecto del estado civil sobre las tasas de suicidio en un estudio longitudinal realizado en Estados Unidos. Concluye señalando que el estado civil, especialmente el divorcio, tiene claros efectos en el sentido que aumenta las tasas de suicidio, pero que esto se da sólo en hombres. Al examinar sus datos, sin embargo, aparece una mayor tendencia al suicidio en hombres solteros en relación a los casados, pero esta mayor diferencia no es significativa según el análisis hecho por el autor. En el caso de las mujeres, en cambio, las tasas no se modifican significativamente según el estado civil.

Charlton (1995)⁶, por otro lado, estudia el suicidio en Inglaterra y Wales. Sus resultados muestran que el hecho de estar viudo o divorciado, constituye un factor de riesgo. Además, en el caso de las mujeres, el hecho de estar soltera, aumenta las probabilidades de cometer suicidio en cualquier edad. Meehan (1991)⁷, en un estudio con datos de mortalidad en Estados Unidos, también encuentra que el hecho de estar divorciado, en los hombres, aumenta significativamente la probabilidad de un suicidio. Por otro lado, Smith (1988)⁸, usando la misma fuente de información, señala que las tasas más bajas se encuentran entre personas casadas.

En un estudio realizado en Dinamarca (Qin, 2003)⁹, se estudiaron una serie de factores de riesgo que pueden explicar una mayor tendencia al suicidio. Los

autores concluyen, entre otras cosas, que el hecho de vivir solo genera un mayor riesgo de 26,2% más en hombres y de 20,6% más en mujeres, lo cual resulta significativo en su diseño. En este estudio, el estado civil se dividió en casado, vivir en compañía y vivir solo. En un informe previo (Qin, 2000)¹⁰, con un diseño similar sobre la misma población, los mismos autores separan a la población entre estar casado(a) o conviviendo y estar solo(a). Vivir en soledad, significa un mayor riesgo de suicidio, más fuerte en hombres que en mujeres. Algo similar se concluye de otro estudio, realizado en Taiwán (Cheng, 2000)¹¹. En esta ocasión, la población se dividió entre vivir solo o no. Los resultados señalan que existe un mayor riesgo de cometer suicidio para quienes viven solos, en comparación a quiénes viven con compañía.

Por otro lado, en un estudio realizado en población de Estados Unidos, Berkman y Syme¹² (1979) indagaron la relación de las redes sociales con la mortalidad general. Para estos efectos, consideraron cualquier tipo de muerte, no sólo las originadas en suicidio. Además, al hablar de redes sociales consideraron el matrimonio como la fuente más cercana al individuo. Las redes sociales podían, además, estar formadas por otras tres instancias: relaciones con parientes o amigos, participación en iglesias y participación en grupos formales o informales. Concluyen señalando que efectivamente se produce una mayor mortalidad general en el caso de las personas que refieren una menor red social. Al hacer un examen por separado, se puede ver que el hecho de estar no casado (es decir, separado, viudo, soltero o divorciado) produce un mayor riesgo de morir durante el período de seguimiento de su estudio. El mayor riesgo de morir se aprecia en las tres categorías de edad consideradas en su estudio: personas entre 30 y 49 años; entre 50 y 59 años y entre 60 y 69

años. También resulta evidente que el mayor riesgo de morir resulta estadísticamente mayor en el caso de los hombres, lo que no ocurre en el caso de las mujeres. En ellas, existe un mayor riesgo de morir al estar no casada, pero no se alcanza niveles de significación estadística.

En un estudio publicado tres años después (House, Robbins y Metzner; 1982)¹³, los autores, usando un diseño muy similar al estudio recién citado, encuentran resultados muy similares. Según ellos, a mayor extensión de la red social, menor es la tasa de mortalidad general. Este efecto es más notorio en el caso de los hombres. En el caso de la población femenina, los resultados son más claros cuando se examina la mortalidad por causas cardiovasculares, pero no cuando se toma el conjunto de causas de muerte. Además, los autores señalan que el efecto protector de la red social es acumulativo, de forma tal que la ausencia de todas o algunas de las formas en que ellos midieron la red social, es la que produce el mayor riesgo en cuanto a la mortalidad. También, ellos señalan que este efecto protector de la red social, se mantiene aún cuando se controlen los efectos producidos por otras variables, como son la edad y un amplio conjunto de indicadores de salud y enfermedad.

Posteriormente, se publicó un nuevo trabajo (Orth-Gomér, Jeffrey y Jonson; 1987)¹⁴, pero esta vez estudiando este fenómeno en población sueca. Los autores concluyen que efectivamente existe un efecto protector de la red social en lo que se refiere a la mortalidad. Ellos amplían el estudio de lo que se entiende por red social, en comparación a los dos trabajos anteriores. Además, ellos se basan en una muestra aleatoria de una población nacional, con lo que sus resultados buscan establecer una mayor representatividad. Ellos

desarrollan un Índice de interacción con redes sociales, dentro del cual, aparece el matrimonio. Sin embargo, la forma en que se presentan los resultados no permite visualizar el efecto por separado del estado civil sobre las otras dimensiones de la red social que ellos incorporan en su trabajo. En todo caso, sus resultados son similares a los dos anteriores, en el sentido de que una mayor red social se asocia con una menor mortalidad general y por causas cerebrovasculares y que este efecto es más marcado en la población masculina. El único grupo que se aparta de esta tendencia, son las mujeres de más de 65 años, en que la mortalidad es mayor en quienes dicen tener una mayor red social. Ellos señalan, en todo caso, que este último hecho debe ser interpretado en forma cauta, ya que el número de personas en esta categoría es bajo.

En base a los antecedentes señalados, en este capítulo se estudiará, en un diseño transversal, la relación entre el suicidio y el estado civil. También, haciendo uso de los mismos datos, se ha querido explorar la relación entre la mortalidad general y el estado civil. Este examen se hará porque en la literatura sobre el suicidio no se ha explorado suficientemente si acaso la mayor mortalidad por suicidio en personas que viven fuera del matrimonio es un hecho que caracteriza particularmente la mortalidad por suicidio o si no es más que un aspecto que muestra un hecho más amplio, que afecta la mortalidad general.

Metodología

Casos de suicidio

Se tomaron las bases de defunción de los años 2000 al 2003. Los casos considerados como suicidio, fueron los mismos según el criterio establecido en el capítulo 1. En total se contabilizaron 6.351 casos en estos cuatro años. Se dejaron fuera aquellos casos con edades inferiores a los 15 años (82 casos) más aquellos en que no constaba el estado civil en el registro (18 casos). Es decir, la muestra estuvo constituida por 6.251 casos. Con el fin de calcular una tasa anual, se dividió por cuatro las frecuencias observadas y se relacionó con la población informada a partir del Censo del año 2002.

Estado civil

Se consideró al total de población de 15 años y más, según su estado civil y sexo, según lo informado por el Instituto Nacional de Estadísticas, que considera cinco categorías: solteros, casados, viudos, separados/anulados y convivientes. Sin embargo, el estado civil, según los certificados de defunción, son solamente tres: soltero, casado y viudoⁱ. Por lo tanto, se decidió incorporar a los anulados y separados en la categoría de solteros, mientras que los convivientes se incorporaron en la categoría de casados. Señalemos que las categorías de anulados, separados y convivientes, representan el 14,0 por ciento de la población de 15 años y más para el año 2002.

ⁱ En Chile, el divorcio ha sido reconocido como alternativa legal sólo a partir del año 2005.

Mortalidad general.

Para el cálculo de la mortalidad general, se usó el registro de defunciones del año 2002. Se excluyeron aquellos registros en que la causa de muerte fue un suicidio. Además, sólo se consideraron las muertes de personas de 15 años y más. Luego, los datos se dividieron según edad, sexo y estado civil. Se construyeron tasas de mortalidad general para la población general sobre los 15 años, según sexo y según grupos de edad.

Resultados

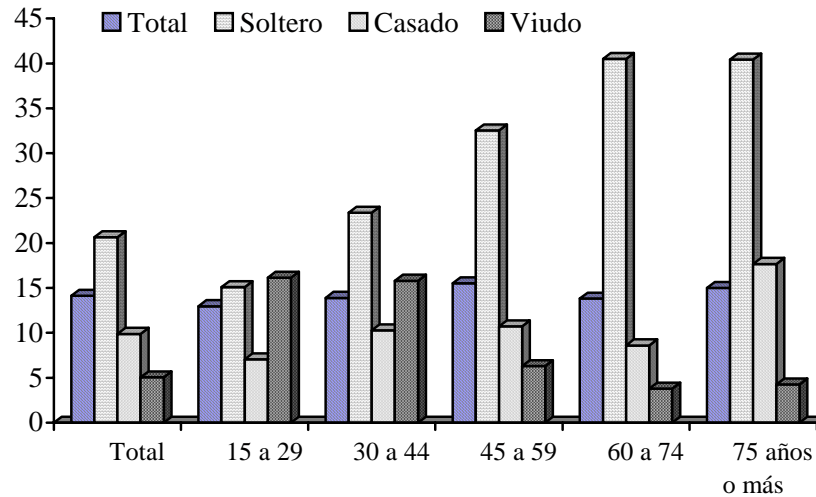
En la tabla 6.1. y el gráfico siguientes se muestran los resultados de la tasa de suicidios sobre toda la población mayor de 15 años, de ambos sexos, separados por grandes grupos de edad.

Tabla 6.1.
Tasas de suicidio, según grupos de edad y estado civil.
Ambos sexos, Chile 2000-2003.

	TOTAL	SOLTERO	CASADO	VIUDO
Total	14,14	20,65	9,89	5,05
15 a 29 años	12,97	15,09	7,06	16,15
30 a 44 años	13,91	23,37	10,28	15,81
45 a 59 años	15,51	32,53	10,73	6,29
60 a 74 años	13,81	40,51	8,61	3,82
75 años o más	14,99	40,42	17,68	4,25

Tasas por 100.000 personas mayor de 15 años

Gráfico 6.1.
Tasas de suicidio según edad y estado civil. Chile, 2000-2003



En primer lugar, en el conjunto de la población, la tasa de suicidios en personas solteras es la más alta. Llega a 20,65 por 100.000 personas mayores de 15 años, mientras que la tasa total es de 14,14 por 100.000. Luego, en orden de importancia aparece la tasa de personas casadas, siendo la más baja la de personas viudas. Esta distribución se mantiene en las personas de 45 años y más. En cambio, en las personas de 15 a 29 la tasa de personas viudas es la más alta, sigue la de personas solteras y en tercer lugar aparece la de personas casadas. En el grupo de edad de 30 a 44 años, la tasa de personas viudas es superior a la de las personas casadas, pero inferior a la de las personas solteras. Llama la atención el aumento progresivo de las tasas en las personas solteras, que parte de 15,09 por 100.000 personas en el grupo de 15 a 29 años y llega a 40 por 100.000 personas en el grupo sobre los 60 años. En el caso de las personas viudas, como hemos señalado, las tasas más altas se dan en los grupos de edad más jóvenes, es decir, hasta los 44 años. Sin embargo, a partir

de los 45 años cae abruptamente hasta llegar a niveles inferiores a 5 por 100.000 personas en los grupos de edad sobre los 60 años.

Estado civil según sexo. Hombres.

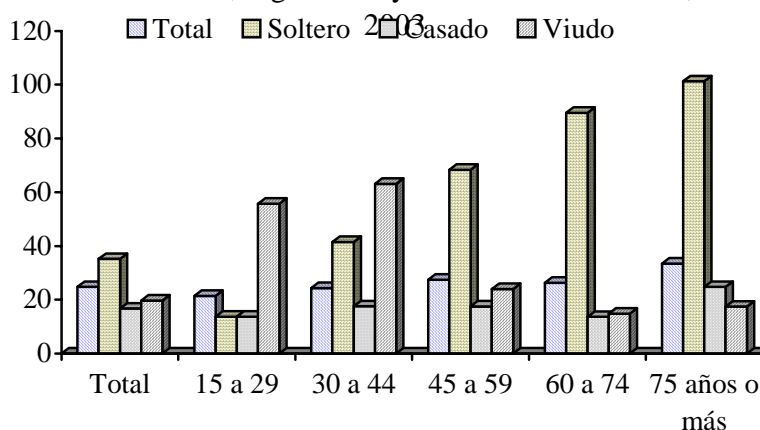
Tabla 6.2.
Tasas de suicidio masculino, según grupos de edad y estado civil.
Chile 2000-2003.

	TOTAL	SOLTERO	CASADO	VIUDO
Total	24,76	35,18	16,75	19,72
15 a 29 años	21,48	13,65	13,66	55,74
30 a 44 años	24,30	41,51	17,55	63,13
45 a 59 años	27,43	68,32	17,50	24,01
60 a 74 años	26,32	89,50	13,62	14,87
75 años o más	33,48	101,27	24,75	17,45

Tasas por 100.000 personas mayores de 15 años

Gráfico 6.2.

Tasas de suicidio, según edad y estado civil. Hombres, 2000-



Los resultados que hemos señalado para la población general, se repiten en gran medida en el caso de los hombres (ver tabla 6.2.), lo cual es comprensible por el mayor peso que tienen los hombres en el total de suicidios. En primer lugar, la tasa de suicidios de los solteros es más alta que en la población general. Sin embargo, una primera diferencia aparece al comparar las tasas

entre hombres casados y viudos. Se puede comprobar que la viudez se relaciona con un aumento de las tasas de suicidio, a diferencia de lo que pasaba en la población general. Por otro lado, se observa también un aumento de las tasas de los hombres solteros a medida que aumenta la edad, pero este efecto es mucho más pronunciado que en la población general: los hombres sobre los 75 años se matan 7,4 veces más que aquellos con edad entre los 15 y 29 años, mientras que en la población general la diferencia es de 2,68 veces más. También se observa que en la población casada, las tasas de suicidios son relativamente estables hasta los 74 años. Recién en el grupo sobre los 75 se aprecia un aumento. Por último, llama la atención las cifras de tasas de suicidio entre los hombres viudos por su volatilidad: parte con cifras altas en el grupo de edad entre 15 y 29 años, para alcanzar su mayor cifra en el grupo de edad entre los 30 y los 44 años, pero luego baja hasta alcanzar casi un cuarto de esta cifra en el grupo de edad entre los 60 y los 74 años.

Por otro lado, si se hace un análisis por grupo de edad, claramente la situación de mayor riesgo se da entre los hombres solteros a partir de los 45 años. Esta situación se revierte sólo en los grupos de edad bajo los 45, por una mayor preponderancia de suicidios en hombres viudos.

Estado civil según sexo. Mujeres

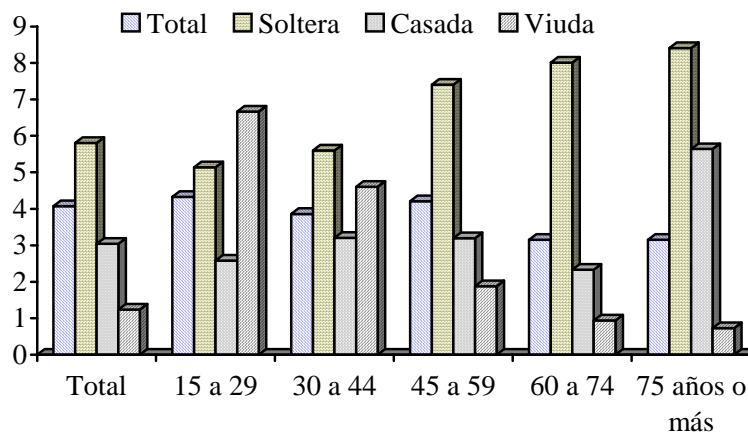
En la tabla 6.3. y en el gráfico siguiente, se muestran las cifras de suicidio por 100.000 mujeres con edades sobre los 15 años.

Tabla 6.3.
Tasas de suicidio femenino, según grupos de edad y estado civil.
Chile 2000-2003.

	TOTAL	SOLTERA	CASADA	VIUDA
Total	4,07	5,81	3,04	1,24
15 a 29 años	4,33	5,14	2,58	6,67
30 a 44 años	3,86	5,60	3,20	4,60
45 a 59 años	4,21	7,40	3,19	1,88
60 a 74 años	3,15	8,01	2,33	0,94
75 años o más	3,15	8,41	5,64	0,73

Tasas por 100.000 personas mayores de 15 años

Gráfico 6.3.
Tasas de suicidio, según edad y estado civil. Mujeres, 2000-2003



En el caso de las mujeres, también se aprecia un aumento progresivo con la edad en el caso de las mujeres solteras. Sin embargo, las diferencias son menores que en el caso de los hombres: las mujeres solteras de 75 años y más se suicidan sólo un 44,7% por ciento más que las mujeres de igual condición pero con edades entre los 15 y 29 años de edad. También llama la atención las tasas relativamente estables de las mujeres casadas, por lo menos, hasta los 74 años de edad. Sobre esta edad, recién se aprecia un aumento al doble de las tasas calculadas en el grupo anterior. Por último, las tasas de mujeres viudas son mayores en edades más tempranas, entre 15 y 29 años, y a medida que aumenta la edad, se aprecia una constante disminución.

Mortalidad general.

En el caso de la mortalidad general, considerando ambos sexos, se calculó una tasa de 6,81 muertes por 1.000 habitantes (ver tabla 6.4.). Claramente, se aprecia una mayor tasa en la población soltera, que llega a 10,78 muertes por 1.000 personas. Es decir, la mortalidad en la población soltera es 1,58 veces mayor que la mortalidad en el conjunto de la población. También llama la atención que en este grupo de población, se produce un aumento constante a medida que aumenta la edad. Además, en todos los grupos de edad la tasa de mortalidad de la población soltera es mayor a la tasa de la población casada o viuda, salvo en el grupo que va entre los 15 y 29 años de edad, en que la tasa de mortalidad de la población viuda es 0,86 por mil mientras que la de la población soltera es 0,75 por mil. En todo caso, esta cifra debe ser considerada con precaución, ya que la población viuda, para el año 2002, entre 15 y 29 años de edad son sólo 4.645 personas. En este grupo, se registran sólo cuatro muertes para el año 2002, por lo que no corresponde sacar conclusiones definitivas, porque estamos frente a una variable que puede fácilmente variar.

Respecto a la mortalidad en hombres, se repite lo señalado para la población general. La relación entre la tasa de mortalidad en solteros es de 1,58 frente a la mortalidad total en la población masculina. Además, la mortalidad en solteros es 2,64 veces mayor a la observada en hombres casados. También se aprecia un aumento constante en la mortalidad a medida que aumenta la edad. El mayor salto, en términos proporcionales, se aprecia cuando se examina la mortalidad entre los 30 y 44 años y se compara con la mortalidad en los hombres de 45 a 59 años de edad: en este caso, se aprecia un aumento que llega a ser 5,4 veces

más en el segundo grupo. También, en el caso de la mortalidad en hombres solteros, se aprecia que esta es mayor a la tasa de hombres casados y viudos en todos los grupos de edad, salvo en el grupo de edad entre 15 y 29 años de edad. En este grupo, la mortalidad de hombres solteros y viudos es prácticamente igual. Sin embargo, debemos hacer notar nuevamente que esta cifra debe ser interpretada con precaución, como señalamos recién. El grupo de hombres viudos, para el año 2002, llega sólo a 897 hombres. En este grupo, se registra sólo una muerte. Es decir, nuevamente estamos frente a un hecho de escasa ocurrencia, por lo que no parece prudente sacar conclusiones definitivas.

Tabla 6.4.
Mortalidad general según estado civil, sexo y grandes grupos de edad. Chile, 2002

Ambos sexos	Total	Soltero	Casado	Viudo
Total	6,81	10,78	4,38	2,27
15 a 29 años	0,63	0,75	0,31	0,86
30 a 44 años	1,32	2,63	0,82	1,41
45 a 59 años	4,65	14,48	1,85	0,72
60 a 74 años	18,62	72,96	7,14	1,21
75 años o más	75,93	257,02	89,18	4,25
Hombres				
Total	7,55	11,93	4,51	3,30
15 a 29 años	0,94	1,07	0,51	1,11
30 a 44 años	1,88	3,93	1,10	3,30
45 a 59 años	6,01	21,29	2,41	1,57
60 a 74 años	23,88	108,59	7,53	2,42
75 años o más	86,17	341,19	61,76	5,02
Mujeres				
Total	6,11	9,60	4,24	2,00
15 a 29 años	0,30	0,37	0,17	0,80
30 a 44 años	0,77	1,36	0,55	0,97
45 a 59 años	3,37	9,70	1,23	0,52
60 a 74 años	14,15	49,32	6,65	0,90
75 años o más	69,32	212,03	135,87	4,04

Tasas por 1.000 personas

Gráfico 6.4.
Tasa de mortalidad general, exceptuando suicidios.
Chile, 2002

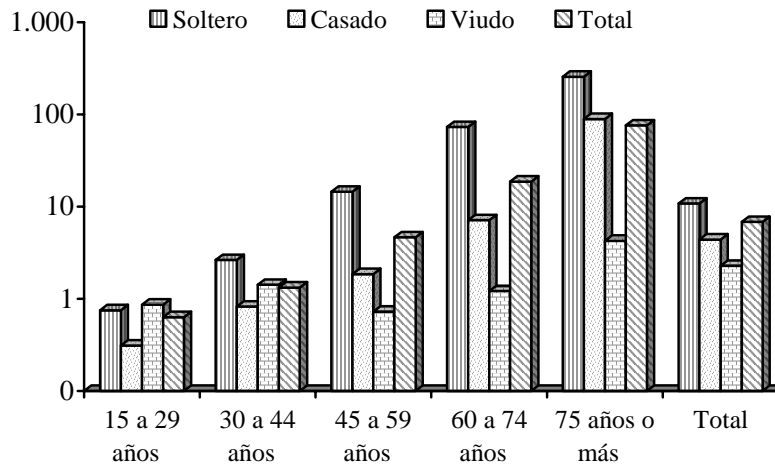
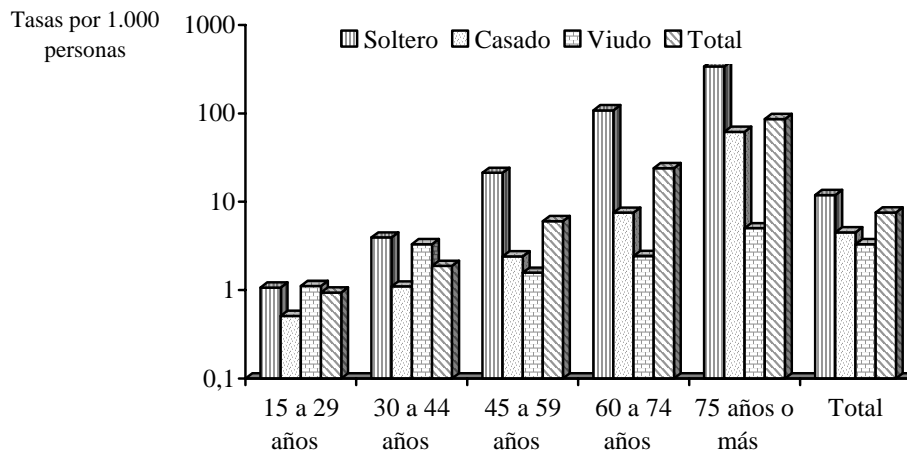


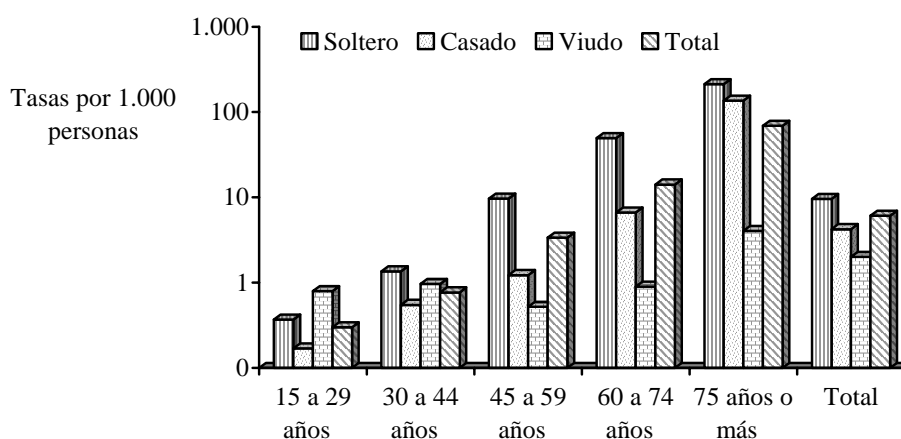
Gráfico 6.5.
Tasas de mortalidad general, exceptuando suicidios.
Hombres, Chile, 2002



La cifra de mortalidad en hombres casados, también muestra un aumento sistemático a través de la edad, pero con una velocidad menor a la observada en el caso de los hombres solteros. El mayor salto, en términos proporcionales

se da en los hombres casados de 75 años y más, en que la tasa de mortalidad aumenta 8,2 veces en relación al grupo de edad anterior. En todo caso, la mortalidad de los hombres casados es siempre inferior a la tasa calculada para su respectivo grupo de edad, y es mayor a la tasa calculada para los hombres viudos, salvo en los dos primeros grupos de edad.

Gráfico 6.6.
Tasas de mortalidad general, exceptuando suicidios.
Mujeres, Chile, 2002



Respecto a la mortalidad femenina, digamos de partida que esta tiene un comportamiento similar a la masculina, en el sentido que se observa una mayor mortalidad en mujeres solteras que en el promedio general. La tasa de mortalidad en solteras es 1,57 veces mayor que la tasa observada en el conjunto de mujeres. A su vez, la relación de mortalidad entre mujeres solteras y mujeres casadas es de 2,24, cifra inferior a la observada en hombres. También, al observar las cifras en los distintos grupos de edad, se da el hecho que también la mortalidad de las mujeres solteras es claramente superior a la de las casadas y viudas, salvo en el grupo de edad entre los 15 y 29 años de edad. Nuevamente, queremos hacer notar que este último hecho

debe ser considerado con precaución, ya que se trata de un grupo formado sólo por 3.748 mujeres, en las cuales se registran sólo tres episodios de mortalidad.

La mortalidad en las mujeres solteras aumenta a medida que aumenta la edad. El mayor aumento proporcional se produce en las mujeres cuyas edades fluctúan entre los 45 y 59 años de edad, que muestran una tasa de mortalidad 7,1 veces mayor a la que se observa en el grupo de edad anterior.

En el caso de las mujeres casadas, se observan tasas que son relativamente bajas hasta los 59 años de edad. A partir de esa edad, se aprecia un fuerte aumento que es mucho mayor entre las mujeres de 75 años y más, cuya tasa de mortalidad es 20 veces superior a la calculada para el grupo anterior. Lo mismo ocurre en el caso de la mortalidad de las mujeres viudas. Las tasas son relativamente bajas y estables hasta los 74 años de edad. A partir de los 75, se aprecia un aumento que llega a ser de 4,5 veces más de mortalidad de este grupo, en comparación al grupo anterior.

Discusión

Las cifras presentadas en este capítulo, van en contra en gran parte de los resultados mostrados por Durkheim y por autores más contemporáneos. Queda claro lo que Durkheim señaló como un coeficiente de preservación, del cual se favorecerían las personas casadas, especialmente los hombres. En nuestra serie, queda de manifiesto en los distintos grupos de edad estudiados que son los

hombres los que aparecen más favorecidos por el estado matrimonial, en lo que se refiere a la mortalidad por suicidio. Pero, el efecto sobre la población femenina no es despreciable.

Sin embargo, lo que aparece más claro, es que esta cifra de preservación, como la llamó Durkheim, no se da sólo para el caso de la mortalidad por suicidio. Las cifras mostradas en este capítulo muestran que en el caso de la mortalidad general, la población soltera muere más que la casada, por cualquier causa. Así, la relación entre las tasas de mortalidad general de las personas solteras es de 2,64 veces más alta que la de la población casada. Mientras que la mortalidad por suicidio es 2,08 veces más alta que la misma cifra de población casada. Es decir, lo que Durkheim identificó como un coeficiente de preservación para la mortalidad por suicidio, aparece como un fenómeno general, relacionado a todo tipo de muertes y no sólo a aquella producida por el suicidio.

Por otro lado, también es coincidente con los demás estudios revisados la mayor propensión al suicidio de las personas solteras. Sin embargo, es necesario clarificar que en nuestra serie, estas cifras se mezclan con los suicidios de personas separadas o anuladas, es decir, que ya han pasado por una experiencia matrimonial. Lamentablemente, no fue posible estudiar por separado ambas poblaciones, dado el hecho de que en Chile el divorcio sólo es reconocido a partir del año 2005. De ahí que en los certificados de defunción esta información no aparezca. En todo caso, se puede pensar que la cifra de personas divorciadas puede acrecentar la condición de vivir sin compañía, si es que se han mantenido en ese estado. La restricción legal que acabamos de mencionar, puede significar que aparezcan como suicidios de personas casadas

aquellos que se producen en personas que efectivamente han terminado su unión conyugal y viven sin compañía. Es decir, viven como soltero(a)s, pero su condición legal es casado(a).

También puede darse el caso de personas que legalmente están solteras pero viven en situación de convivencia. En nuestra serie, nosotros adicionamos la convivencia al estado de estar casado, pero a la hora de morir, se inscribe esa muerte según su estado legal, es decir, como una persona soltera.

Creemos, sin embargo, que el conjunto de las situaciones mencionadas no cambia radicalmente los datos presentados, ya que como hemos mencionado, la condición de convivencia, más la de separados/anulados, no se da más que en el 14% de la población mayor de 15 años.

El estudio de la mortalidad, por cualquier causa, relacionándola al estado civil, tiene otro inconveniente. En nuestra serie, nosotros hemos realizado un estudio transversal. Pero este tipo de diseño no toma en cuenta el hecho que el estado civil es una variable modificable en el tiempo. Así, si por ejemplo se toma una serie y se la sigue durante algunos años, no se puede asumir en forma definitiva que el estado civil al momento de la muerte sea el mismo que al inicio del seguimiento. Algo similar ocurre en nuestra serie, ya que hemos visto que la información contenida en el certificado de defunción puede ser distinta a la realidad de la persona al momento de morir. Esta situación se da en todos aquellos estudios que indagan por el estado "divorciado", que puede ser el estado legal, pero no el real, al momento de morir. De ahí que sea necesario complementar la información contenida en los certificados de defunción con

estudios de casos, para evaluar la existencia de errores en las clasificaciones. Es lo que se hará en el capítulo 9 de este trabajo.

También, es necesario examinar con precaución los datos referidos a las tasas de suicidio en personas viudas. En nuestra serie, la cantidad de personas viudas es bastante baja. En el grupo entre los 15 y los 29 años, son menos de 5.000 personas. En los cuatro años considerados, se dieron sólo tres muertes por suicidio. Es decir, se trata de un evento infrecuente, que se da en una población pequeña, lo cual puede explicar la volatilidad en las tasas que se ha señalado anteriormente. Ello, a pesar de que se consideraron cuatro años de registros de suicidios, precisamente con el fin de disminuir esta volatilidad propia de eventos infrecuentes.

También, en el grupo de edad más joven es posible que los casos de suicidio que aparecen como viudos, correspondan a algunos casos en que el suicidio se da junto a un homicidio del cónyuge. En este caso, correspondería considerarlos como casados. Pero su situación legal, al momento de morir, es que son viudos.

¹ Durkheim, E. (1995). El suicidio. Madrid, España. Ediciones Akal.

² Id. ant. Pág. 214.

³ Id. ant. Pág. 213

⁴ Id. ant. Pág. 215.

⁵ Kposowa, A.J. (2000) J Epidemiol Community Health. 54, 254-261

⁶ Charlton, J. (1995). Trends and patterns in suicide in England and Wales. 24, S45-S52.

-
- ⁷ Meehan, PJ; Saltzman, LE y Satín, RW. (1991). Suicides among older United States residents: epidemiologic characteristics and trends. *Am J Public Health*. 81 (9), 1198-1200.
- ⁸ Smith, JC; Mercy, JA; Conn, JM. (1988). Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health*. 78: 78-80.
- ⁹ Qin, P; Agerbo, E.; Mortensen, P. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry*. 160, 765-772.
- ¹⁰ Qin, P. y cols. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry*. 177: 546-550
- ¹¹ Cheng, A. y cols. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factor for suicide. *Br J Psychiatry*. 177, 360-365.
- ¹² Berkman, L.; Syme, L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol*. 109, 186-204.
- ¹³ House, J.; Robbins, C.; Metzner, H. (1982) The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *Am J Epidemiol*. 116: 123-40
- ¹⁴ Orth-Gomér, K.; Johnson, V. (1987). Social networks interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chron Dis*. 40(10), 949-957

Capítulo 7

El suicidio y las variables económicas

Uno de los capítulos de la obra de Durkheim (1995)¹, está dedicada al tema del suicidio anómico. En el capítulo anterior, señalamos que para él, el suicidio anómico se da por un debilitamiento de dos sectores claves de la vida social: el sistema conyugal y el sistema económico. En el capítulo anterior, abordamos el tema referido a la sociedad conyugal. En el presente, se abordará la relación del suicidio con variables que dicen relación con la marcha de la economía en la sociedad chilena.

Una tesis central en la obra de Durkheim, es que la sociedad es un poder que regula el comportamiento de sus miembros. A partir de esta premisa, examina el rol de las crisis económicas sobre la tendencia al suicidio. Su hipótesis, que examina con distintas observaciones tomadas de países europeos, es que los suicidios aumentan no sólo cuando existe un aumento en la pobreza, sino que también, cuando existe un aumento en los niveles de bienestar. En ambos casos, según plantea se da una crisis, lo que él llama "*perturbaciones del orden colectivo*"². Estas perturbaciones hacen aparecer en las personas deseos y expectativas difíciles de satisfacer, las cuales no son controladas por el orden social. Normalmente, según él, la sociedad actúa como un poder que regula dichas expectativas, pero en estos períodos en que se producen estas perturbaciones, el poder de la sociedad se hace más débil, por lo que Durkheim llama a este proceso "anómico".

En el presente capítulo se examinará la relación entre el suicidio y algunas variables económicas que han sido largamente estudiadas, por su incidencia en la conducta suicida. En la literatura internacional, cuando se habla de las condiciones económicas, el énfasis generalmente es puesto en el nivel de ingreso de las personas. Por otro lado, el nivel de ingreso monetario de las personas es una de las características que define la existencia de clases al interior de la sociedad. Dicho de otro modo, se entiende por clases la existencia de grupos socialmente definidos que se diferencian, entre otras cosas, por su nivel de ingreso. Además, estas clases desarrollan distintos modelos culturales o sociales. Así, se han descrito con frecuencia aspectos relativos a la salud, que van dibujando distintos patrones o modelos en que se desarrolla la vida al interior de estos grupos así definidos. Determinar el nivel de ingreso, por lo tanto, sirve para definir no sólo la existencia de diferentes grupos al interior de una sociedad, sino que en general permite diferenciar las distintas condiciones económicas que rodean el transcurso de la vida humana. Los grupos así definidos, permiten estudiar aspectos diferenciales, que dibujan esquemas culturales que entre otras cosas, definen formas distintas para enfrentar la vida y la muerte.

Pobreza, conceptos y formas de medición

Hablar de la existencia de diferentes grupos, dentro de una misma sociedad, definidos por su nivel de ingresos, lleva a estudiar el tema de la pobreza. La investigación actual, muestra que la pobreza es un concepto multidimensional (Ziglio, 2003; Sindzingre, 2005)^{3,4}. Al estudiar la pobreza, las dimensiones más habitualmente consideradas, se refieren, por ejemplo, a algunos indicadores de

resultado, como el menor nivel educacional, los peores resultados en materia de salud, una mayor exposición a riesgos ambientales y ocupacionales, o la inclusión social.

Lo más habitual a la hora de estudiar la pobreza, apunta a la dificultad financiera de las personas para lograr la satisfacción de necesidades y derechos básicos. El concepto de necesidad se traduce en alimentación, vestido, mantención de un hogar y el cuidado de la salud. Generalmente, se construye una canasta básica de necesidades, que incluye la alimentación más algunas otras necesidades, la cual es valorizada. Aquellas personas u hogares cuyos ingresos están por debajo de un costo considerado como mínimo, están en situación de pobreza. Esta forma de medir la pobreza es quizás la más frecuente en países en desarrollo y sirve especialmente para evaluar el comportamiento de la pobreza en un mismo país. Sin embargo, hace difícil la comparación entre países. Lo que es considerado mínimo en un país, puede ser diferente en otro. Los componentes de la canasta alimentaria son diferentes en cuanto a su composición y las calorías que ofrecen. Además, la definición de las necesidades no alimentarias, varía mucho de un país a otro.

En otros países, la definición del ingreso mínimo es relativa, ya que se usa el ingreso mínimo promedio. Estas discrepancias, llevaron a proponer en 1990 el concepto de "un dólar al día", como requisito mínimo para toda la gente.

En Chile, existe desde 1985 una medición de la pobreza a través de una encuesta, realizada cada dos años por el Ministerio de Planificación. Esta Encuesta de Caracterización Socio-Económica (CASEN) utiliza el sistema de

medición del "Método del Ingreso" o "del costo de las necesidades básicas", considerando el conjunto de ingresos de un hogar. La condición de pobre representa a aquellos hogares cuyos ingresos son insuficientes para satisfacer las necesidades básicas, alimentarias y no alimentarias de sus miembros. Al mismo tiempo, se define la situación de indigencia como aquellos hogares en los cuales sus ingresos son inferiores al valor de una canasta básica de alimentos. Desde el punto de vista operativo, un hogar es pobre cuando su ingreso per cápita es inferior a 2 veces el valor de una canasta básica de alimentos, en la zona urbana, y a 1,75 veces, en la zona rural. Un hogar se considera indigente si su ingreso per cápita es inferior al valor de una canasta básica de alimentos. El valor de la canasta de alimentos en la zona rural es inferior a su valor en la zona urbana, básicamente porque se asume que los gastos en servicios tienen menor importancia. En la tabla 7.1., se muestran los valores considerados desde el año 1990 hasta el 2000⁵.

Tabla 7.1.
Valor líneas de pobreza e indigencia
1990-2000(Pesos de noviembre de cada año)

	1990	1992	1994	1996	1998	2000
Línea de pobreza						
Zona urbana	18.594	25.750	30.100	34.272	37.889	40.562
Zona rural	12.538	17.362	20.295	23.108	25.546	27.349
Línea de indigencia						
Zona Urbana	9.297	12.875	15.050	17.136	18.944	20.281
Zona rural	7.164	9.921	11.597	13.204	14.598	15.628

Un aspecto ligado al estudio de la pobreza, lo constituye su relación con los diferentes escenarios en los cuales viven las personas. Eso se puede ver en la tabla anterior, dónde el valor de la canasta básica de alimentos es menor en

zonas rurales. Este hecho no es menor, ya que una de las variables usadas habitualmente en los estudios epidemiológicos, separa en distintos universos a las personas que viven en zonas urbanas de quienes viven en zonas rurales.

En el caso del suicidio este hecho también ha sido investigado. Los trabajos realizados a fines del siglo XX señalan que las tasas son mayores en zonas rurales que en zonas urbanas. Es lo que señala el informe de la Organización Mundial de la Salud(2002)⁶, por ejemplo, en el cual se revisan los resultados de varios trabajos realizados en distintos países del mundo. Durkheim⁷, por otro lado, también abordó este tema y señala que estos son más frecuentes en zonas urbanas que en áreas rurales. Este hecho, junto a otros, le sirve de base para la clasificación de los suicidios que plantea en su obra. Su hipótesis es que el mundo rural genera una mayor cohesión y sentido de pertenencia, aspecto que se vería debilitado en las grandes ciudades. Claramente, existe una discrepancia en estos resultados, por lo que se ha querido abordar en este trabajo. No se puede olvidar, en todo caso, que se trata de estudios hechos con cerca de 100 años de diferencia.

El estudio de la pobreza se utiliza hoy día especialmente para orientar la focalización de las políticas sociales. Esta forma de estudiar la pobreza, la concibe como una característica individual, un rasgo propio de cada persona. Sin embargo hoy día, también ha llamado la atención el estudio acerca de la forma en que se distribuye el ingreso al interior de un país. Así, el estudio de la pobreza se ha trasladado al estudio de las inequidades. En general, los estudios señalan que mientras mayor sea el nivel de inequidad en la distribución del ingreso, peores resultados se encontrarán, sobre todo en variables como la

mortalidad (Chiang, 1999)⁸. En Estados Unidos, por ejemplo, un estudio señala que a medida que aumenta el nivel de inequidades, aumenta la mortalidad por homicidios y crímenes violentos (Kaplan, 1996)⁹. Por el contrario, cuándo los ingresos tienden a ser distribuidos equitativamente, se pueden conseguir mejores resultados en aquellos indicadores asociados a la mortalidad.

En otro estudio, (Fajnzylber, Lederman, Loayza, 2002¹⁰), los autores usan los datos de varios países, en distintos continentes. Como indicador de desigualdad en el ingreso, consideran el indicador de Gini. Por otro lado, el concepto de crímenes violentos apunta tanto a los homicidios como al robo. En particular, en este estudio se aprecia una relación positiva entre los niveles de desigualdad y las tasas de homicidio, tanto en la comparación hecha entre países, como dentro de un mismo país.

Desde un punto de vista epidemiológico, pobreza significa un bajo nivel socioeconómico (medido por clase social o de ingreso), desempleo y bajos niveles de educación (Patel, 2003)¹¹. La relación entre pobreza y mortalidad, ha llevado a considerar una serie de factores que podrían estar explicando esta relación. Se habla de stress psicosociales, de una cohesión social disminuida, de falta de inversión en capital social y en recursos humanos. Pensamos que esta referencia al concepto de cohesión social, apunta en el mismo sentido que el concepto de anomia, señalado por Durkeim. Si en un sistema social, sea la familia, una comunidad o un país entero, se da una mayor cohesión, se está señalando que en dicho sistema existe una baja anomia. Cohesión social y anomia, son, pues, dos conceptos que apuntan a lo mismo pero con diferentes perspectivas.

Si se consideran similares, pero con diferente perspectiva, los conceptos de anomia y de cohesión social, entonces el estudio de la pobreza nos lleva a otro concepto, más bien de carácter social. La pobreza se asocia habitualmente al concepto de exclusión. Ello, porque las clases más acomodadas ofrecen un modo de vida deseable por quienes no participan en él. En este sentido, los pobres se sienten excluidos de los beneficios de la modernidad o del desarrollo. La exclusión, además, generalmente se asocia a una incapacidad de intervenir en los asuntos públicos de quienes están excluidos, es decir, disminuye su capacidad para intervenir en asuntos de carácter político. En este sentido, los pobres desarrollan un doble sentido de exclusión. Son excluidos no sólo de los beneficios que entrega el dinero, sino que también, tienen menos capacidad, si es que alguna, en participar en el desarrollo de la polis. La exclusión económica, pues, se asocia a la exclusión política.

En el caso de la relación entre niveles de desigualdad y crímenes, se menciona la sensación de malestar presente en la población más desaventajada. Este sentimiento, llevaría a los pobres a buscar satisfacción y compensaciones por todos los medios, incluyendo el uso de la violencia.

Esta exclusión social, se puede graficar en el ordenamiento urbano de las grandes ciudades. Algunos autores, por ejemplo, han relacionado los niveles de inequidad con fenómenos de segregación residencial o geográfica. Es decir, se produce una concentración geográfica de la pobreza. Es lo que sostiene Kawachi (2002)¹², quién señala que entre 1970 y 1990, el porcentaje de población pobre que vivía en barrios no pobres, disminuyó de un 45% a un 31%,

mientras que la misma población que vivía en barrios pobres aumentó de un 38% a un 41%. Por otro lado, la población acomodada que vivía en sectores acomodados, subió de un 39% a un 52%.

Dentro del contexto latinoamericano, Chile es el segundo país con menores porcentajes de pobreza. Según la opinión de muchos investigadores, esta reducción en los niveles de pobreza se ha alcanzado gracias a un período relativamente largo de crecimiento económico. En la tabla 7.2., se muestra la evolución que ha tenido el PIB desde 1985 a 1995. Datos posteriores, confirman este crecimiento, lo cual está basado en el modelo económico aplicado en Chile desde fines de los años ochenta, orientado principalmente al aumento de las exportaciones. Paulatinamente, además, se ha orientado las exportaciones a materias elaboradas con un mayor valor agregado.

Tabla 7.2.
Algunos indicadores económicos, Chile, 1985-1995¹³

Año	PIB	Gini
1985	2,4	
1986	5,7	
1987	6,6	0,5468
1988	7,3	
1989	9,9	
1990	3,3	0,5322
1991	7,3	
1992	11,0	0,5362
1993	6,3	
1994	4,2	0,5298
1995	8,5	

(*) Datos tomados de Valdés, A., 1999

Junto con este crecimiento sostenido, las cifras de pobreza han disminuido sistemáticamente en Chile. En 1990, el 38,6% de la población era pobre, mientras que para el año 2000, el 20,6% (MIDEPLAN, 2001)¹⁴ de los hogares estaba en esa condición, cifra superada sólo por Uruguay (ECLAC, 2003)¹⁵.

Sin embargo, esta reducción de la pobreza no se ha acompañado por una mejor distribución del ingreso. En la tabla 7.2, se anota el indicador Gini, usado habitualmente como una medición de la inequidad en la distribución del ingreso. Entre 1987 y 1994 se puede ver que prácticamente no se modifica. Evaluaciones posteriores, señalan que para el año 2000, el mismo indicador alcanzó un valor de 0,559. Es decir, en 14 años no sólo no mejoró, sino que aumentó levemente, a pesar de que en el mismo periodo Chile experimentó un sostenido crecimiento. Otro indicador que señala la forma en que se distribuye el ingreso, muestra que en el año 2000 el 40% de la población más pobre recibía el 13,8% del total de ingresos del país, mientras que el 10% más rico recibía el 40,3%¹⁶.

Esta situación de inequidad en la distribución del ingreso, se asocia a una segregación geográfica muy marcada al interior de las grandes ciudades. En el imaginario colectivo de los habitantes de Santiago, la capital del país, todo el mundo entiende lo que significa "vivir de Plaza Italia hacia arriba o de Plaza Italia hacia abajo". Plaza Italia es un punto cercano al centro de Santiago, y actúa, en la cultura urbana santiaguina, a la manera de una frontera. Es un límite. Las comunas ubicadas al oriente de Santiago ("hacia arriba"), corresponden a las comunas más acomodadas, mientras que aquellas ubicadas hacia el poniente ("hacia abajo") concentran la mayor cantidad de pobres. Por ejemplo, las comunas ubicadas al oriente de Santiago, como Providencia, Las Condes, Ñuñoa, Vitacura, La Reina y Lo Barnechea, tienen, en total, 810.315 personas según el Censo del año 2002, de las cuales un 2,4% vive en situación de pobreza. Por el contrario, las comunas ubicadas al poniente, como Quinta

Normal, Estación Central, Pudahuel, Cerro Navia, Lo Prado, Renca y Maipú, que agrupan a un total de 1.363.135 personas, tienen al 12,9% de personas viviendo en situación de pobreza. Constituye una excepción a esta distribución espacial, el caso de la comuna de Peñalolén, que está hacia el oriente de Santiago y que tiene un total de 232.623 habitantes, de los cuales un 16,7% vive en situación de pobreza (MIDEPLAN, 2003)¹⁷.

Pero esta situación de inequidad no se da sólo al interior de las grandes ciudades. También se constata entre el mundo urbano y el mundo rural. La encuesta CASEN realizada en el año 2000 señala que en el mundo urbano el 20,1 por ciento de la población cae en el rango de la pobreza, mientras que en zonas rurales es el 23,8 por ciento de personas que viven en situación de pobreza. Además, el 5,3 por ciento de la población que vive en zonas urbanas es indigente, pero en el mundo rural esta proporción alcanza al 8,3 por ciento (MIDEPLAN, 2001)¹⁸.

Por lo tanto, la lucha contra la pobreza no se agota en aumentar el nivel de ingreso de los más pobres. Esta estrategia es necesaria, pero si se acompaña de mantención o aumento de las inequidades, las personas con menores ingresos se seguirán percibiendo como excluidas. En este sentido, se puede postular que hoy día decir exclusión, significa decir anomia. Los grupos excluidos no se perciben a sí mismos incorporados a la sociedad. No existen formas, al interior de una sociedad con altos niveles de exclusión, que aseguren una mayor cohesión.

Dentro del estudio de las condiciones económicas de las personas, la investigación durante el siglo XX ha considerado además el estudio de las condiciones ligadas al empleo y su relación con el suicidio. Para Durkheim, las clases en las que se apreciaba una mayor cantidad de suicidios, eran los grupos industriales, aquellos ligados al comercio y en las profesiones liberales. Según él, la pobreza actuaba como un freno en relación al suicidio. Incluso, sostiene que *"Hasta se puede decir que la miseria protege"*¹⁹. Los pobres, según él, tienen más definidos sus deseos y expectativas, han aprendido que su horizonte es menor, no aspiran a más de lo que ya poseen. En este sentido, los pobres tendrían una menor "anomia". La sociedad tendría aún la fuerza suficiente como para mantenerlos incorporados en sus tareas. Los grupos más acomodados, con mayor acceso al dinero, no tendrían esta capacidad. Esta conclusión ha sido refutada, entre otros, por los autores del libro comentado en la Introducción de este trabajo. Según ellos, en el siglo XX las mayores tasas de suicidio se dan en los grupos más pobres. Aquellos que trabajan en ámbitos con mejores niveles de remuneraciones, presentan una menor tasa de suicidios. (Baudelot y Establet, 2006)

Una de las condiciones que ha sido exhaustivamente estudiada en las sociedades occidentales, es la relación que existe entre el suicidio y el desempleo. Es lo que señala, por ejemplo, un estudio realizado en Londres (Kennedy, 1999)²⁰, en que los autores señalan que existe una fuerte correlación positiva entre ambas situaciones. Por otro lado, en otro trabajo realizado en una muestra en que se estudió la mortalidad a través de un diseño longitudinal, Kposowa (2001)²¹ concluye que el desempleo está fuertemente relacionado con el suicidio, pero que ésta relación es más duradera y permanente, en un estudio

de seguimiento, entre las mujeres que entre los hombres. Una conclusión diferente es aquella planteada por Crombie (1990)²², quién estudia las variaciones en las tasas de suicidio en 16 países industrializados y busca encontrar alguna relación con las tasas de desempleo. Concluye señalando que la relación entre desempleo y suicidio es inconsistente entre los países. Además, según él si el desempleo produce un alza en las tasas de suicidio, este efecto es más claro en el caso de los hombres. Recalca, por último, que un aumento en las tasas de suicidio no es un efecto inevitable de un aumento en las tasas de desempleo, sino que éste sólo juega un rol menor en determinar las tasas de suicidio.

Por otro lado, en un estudio efectuado en Nueva Zelanda, los autores concluyen que efectivamente existe una fuerte relación entre el desempleo y las tasas de suicidio, pero que esta relación es igualmente importante, tanto para hombres como para mujeres. En su estudio, ellos descartan la existencia de otras variables asociadas, como el estado civil o la existencia de enfermedades mentales.

Conclusiones similares se obtuvieron en un estudio realizado en Inglaterra (Crawford, 1999)²³, en el cual se estudiaron las variaciones de las tasas de suicidio durante la década de los ochenta y se relacionaron con diferentes medidas del contexto social. Los autores observan que los mayores aumentos en las tasas de suicidio, se daban en aquellas áreas en las que simultáneamente se registraban descensos en las tasas de desempleo, lo cual aparece como contrario a la idea de que un mayor desempleo explica una mayor tasa de suicidios. Sugieren que no sólo interesa medir las tasas de desempleo, sino que

además debe considerarse el significado de estar desempleado, sobre todo si se vive en un área en la cual el desempleo va disminuyendo.

Como se ha señalado anteriormente, una de las maneras de definir la pobreza, es a través de la medición del ingreso. Precisamente, esta es la metodología seguida en los estudios que se incorporan en este trabajo (MIDEPLAN, 1999)²⁴. Esta conceptualización, entiende por pobreza aquella situación que afecta a personas u hogares cuyos ingresos son insuficientes para la satisfacción de ciertas necesidades consideradas como básicas, tanto alimentarias como no alimentarias. Además, dentro de la condición de pobreza, se establece la situación de indigencia, en la cual las personas u hogares son incapaces de satisfacer incluso las necesidades alimentarias. A partir de este diseño, se verá la relación que existe entre las tasas de suicidio y los niveles de pobreza en la sociedad chilena. En segundo lugar, se examinará si existe una relación entre las tasas de suicidio y el vivir en zonas urbanas o rurales. También, se examinará si acaso existe una relación entre los niveles de pobreza y la mortalidad en general, para saber si la relación con el suicidio es específica para este tipo de muertes o si no es más que una relación general. Por último, se explorará la relación entre las tasas de suicidio y los niveles de ocupación.

Metodología.

En este capítulo, se trabajó a partir de los resultados de la VII y VIII encuesta CASEN (Encuesta de Caracterización Socio Económica) de 1998 y del año 2000, respectivamente. Esta encuesta, consiste en un ejercicio periódico

que realiza el Ministerio de Planificación de Chile. Habitualmente, se aplica cada dos años, durante el mes de noviembre a un número seleccionado de comunas, que es cada vez mayor. En 1998 se aplicó a 195 comunas mientras que en el año 2000, se aplicó a 285. En el presente trabajo, se consideraron sólo 184 comunas que fueron encuestadas tanto en 1998 como en el 2000. Uno de los objetivos de la encuesta, es dibujar un perfil de la realidad socioeconómica de la población. Entre otras variables, se mide el nivel de ingreso de los hogares, lo que permite calcular los niveles de pobreza e indigencia, así como la situación en materia de empleo y ocupación.

La encuesta CASEN entrega un porcentaje de población pobre e indigente por comuna. Las 184 comunas analizadas se ordenaron de mayor a menor según el porcentaje de población pobre e indigente. A continuación, se dividió el total de comunas en quintiles. Considerando que la comuna que presentaba el mayor porcentaje de población pobre e indigente en el año 1998, llegaba al 60%, cada quintil representó un quinto de esta cifra (12%). Así, cada comuna se incorporó a un quintil según el porcentaje de población pobre e indigente medido en 1998. La ubicación de cada comuna, obtenida según los resultados del año 1998, se mantuvo para el año 2000.

Para el cálculo de la ruralidad, se consideraron los resultados entregados por el Instituto Nacional de Estadísticas, en sus proyecciones de población. Para cada comuna, se consideró el número de población que vive en zonas rurales y en zonas urbanas. Luego, se tomó el total de las comunas incorporadas en cada quintil y se calculó la proporción de población viviendo en zonas rurales, como

un porcentaje del total de población de esas mismas comunas. Este ejercicio se hizo en cada uno de los dos momentos de evaluación.

A continuación, se tomaron los resultados descritos en el capítulo 2, con la base de datos corregida. Se tomaron tres años, 1997 a 1999, sumando el total de suicidios por cada una de estas 184 comunas y se dividió por tres. Este promedio se llevó a una tasa, considerando la población de esa comuna para el año 1998. Posteriormente, se tomó el total de suicidios acaecidos en las comunas del mismo quintil y se calculó una tasa para ese quintil. Lo mismo se hizo con los suicidios registrados entre los años 2000 y 2002, considerando la población proyectada para el año 2001.

También, se consideró el resultado de ambas encuestas en materia de empleo y ocupación. Para cada quintil, se calculó una tasa de desocupación promedio, según los resultados de 1998 y 2000.

Finalmente, y considerando los resultados mostrados en el capítulo anterior, se calculó la tasa de mortalidad general para cada uno de los quintiles, tanto en 1998 como en el año 2002. La tasa de mortalidad general representa el total de muertes, excluidos los suicidios, que ocurrieron en las comunas seleccionadas en este capítulo, como se mencionó anteriormente.

A la hora del análisis, se calcularon coeficientes de correlación entre diferentes variables, como se describirá a continuación. Se consideró que las variables de contexto están dadas por los niveles de pobreza, el vivir en zonas urbanas o rurales y las cifras de desempleo. Por otro lado, se consideraron

como variables de resultado las tasas de suicidio y las tasas de mortalidad general. Una primera hipótesis que se quiere examinar, es si acaso la pobreza, la ruralidad y el desempleo afectan las tasas de suicidio. Y en segundo lugar, si esta relación es propia del suicidio o si no es más que un reflejo de una relación más amplia. Para examinar esta segunda hipótesis, se considerará sólo la relación entre pobreza y ruralidad, y las tasas de mortalidad general.

Resultados

En la tabla 7.2. se muestra el resultado de la agrupación de las comunas consideradas. En primer lugar, las 184 comunas representan el 85,3% de la población total del país en 1998 y el 86,9% en el año 2000. Señalemos que en el año 2000, las comunas encuestadas llegaron a 285, con un total de población de 14.933.553, lo que representa al 98,2 por ciento de la población del país. Es decir, el universo considerado en este capítulo, representa adecuadamente los resultados de la encuesta *CASEN* del año 2000 y la situación de la población chilena.

De las 184 comunas consideradas, los quintiles extremos, 1 y 5, son los que agrupan el menor número de comunas, 17 y 6, respectivamente. En ambos años, para cada quintil se calculó el promedio de pobreza de las comunas que lo integran, sumando el total de población pobre e indigente y dividiéndolo por el total de población de ese quintil. El criterio de agrupar las comunas según el nivel de pobreza, hace que no sólo varíe el número de comunas en cada quintil, sino que además la población considerada sea muy desigual. Considerando la distribución del año 1998, el quintil 5, el de mayor pobreza, agrupa sólo al

1,51% de la población considerada en este ejercicio, mientras que el quintil 2 agrupa al 49,2% de la población. Cifras similares se dan cuando se considera la distribución de la población el año 2000.

Tabla 7.2.
CASEN 1998 y 2000. Comunas agrupadas según quintil de pobreza y ruralidad.

Quintil	Pobreza (%)	N° comunas	1998				2000			
			Población	Pobreza Media en %	Población Rural en %	Desempleo 1988	Población	Pobreza media en %	Población Rural en %	Desempleo 2000
1	0 – 12	17	2.562.708	7,47	1,2	7,6	2.693.264	8,49	1,0	8,4
2	12 ,1- 24	78	6.217.499	18,20	8,1	9,9	6.508.325	18,76	7,4	10,7
3	24,1 - 36	55	2.851.196	28,74	14,5	11,4	2.965.593	25,05	13,3	11,9
4	36,1 - 48	28	824.046	42,13	28,0	15,1	855.387	34,76	25,4	13,5
5	48,1 - 60	6	191.285	52,36	32,1	13,7	199.721	35,57	30,5	8,7
		184	12.646.734	20,48	9,7	10,2	13.222.290	20,63	8,8	10,7

Nota: para el año 2000 se consideran sólo aquellas comunas que estaban presentes el año 1998

- (1) Total de población en 1998
- (2) Promedio de pobreza en las comunas del respectivo quintil, 1998.
- (3) Total de población en 2000
- (4) Promedio de pobreza en las comunas del respectivo quintil, 2000

Llama la atención que entre ambas mediciones, el promedio de pobreza cae significativamente mientras mayor sea la cifra de pobreza inicial. Por ejemplo, el quintil 5 baja de 52,4% a 35,6%, mientras que el quintil 2 prácticamente no se modifica y el quintil 1 incluso aumenta en un punto porcentual. A nivel general, prácticamente no se aprecia un cambio. El porcentaje de población pobre en 1998 llega a 20,48%, mientras que dos años después, se alcanza a 20,63%. En todo caso, se debe tener presente que se trata de una muestra de comunas provenientes de ambas mediciones. Sólo se consideran comunas que aparecen en ambos ejercicios. De ahí que los resultados sean levemente distintos de los publicados por el Ministerio encargado de efectuar la encuesta.

Resulta evidente de la lectura de la tabla 7.2. que los quintiles se diferencian no sólo por su nivel de pobreza, sino que además por el porcentaje de población rural en cada uno de ellos. Así, aquellos quintiles en que se concentra la mayor cantidad de personas en situación de pobreza, son también aquellos en que existe una mayor población rural. El quintil 1, por ejemplo, tiene sólo al 1 por ciento de su población viviendo en zonas rurales, mientras que el quintil 5 tiene a cerca del 30 por ciento de su población viviendo en zonas rurales.

La evolución del desempleo muestra que entre ambas mediciones, prácticamente no se aprecian modificaciones a nivel global. En 1998, la tasa global alcanza a 10,2 por ciento, mientras que en el año 2000 la cifra es de 10,7 por ciento. Sin embargo, al interior de cada quintil se aprecian diferencias. El quintil 1, es decir el de menor pobreza, muestra un alza en las cifras de desempleo de 7,6 a 8,4. También se observa un aumento en el quintil 2. El quintil tres no muestra una gran variación, mientras que el quintil 4 y 5, es decir, aquellos quintiles con mayor pobreza, muestran una disminución en las cifras de desempleo.

Tabla 7.3.
CASEN 1998 y 2000.
Tasas de suicidio y mortalidad general en cada quintil, agrupados según pobreza.

Quintiles	Tasa 1998 ⁽¹⁾	Tasa 2000 ⁽¹⁾	Mortalidad General 1998 ⁽²⁾	Mortalidad general 2002 ⁽²⁾
1	7,9	8,2	5,4	5,3
2	9,8	9,6	5,0	5,0
3	10,2	10,2	5,0	4,9
4	12,0	13,7	5,8	5,7
5	15,9	13,9	5,8	5,6
	9,8	9,8	5,1	5,1

(1) Las tasas de suicidio se calculan sobre 100.000 personas

(2) La tasa de mortalidad general se calcula sobre 1.000 personas.

En la tabla 7.3. se muestran los resultados del cálculo de las tasas de suicidio y las tasas de mortalidad general en cada quintil en los dos períodos considerados. Cabe recordar que en el caso de los suicidios, se consideró el total de suicidios por un período de tres años, por lo que al momento de calcular la tasa, el número de casos se dividió por tres, para obtener una tasa anual.

Los resultados se muestran en los gráficos 7.1. y 7.2. Para cada año, se muestran las tasas de suicidio y de mortalidad general en cada quintil y luego, se dibuja una línea de tendencia.

Gráfico 7.1.
Correlación entre tasas de suicidio y niveles de pobreza en dos momentos.

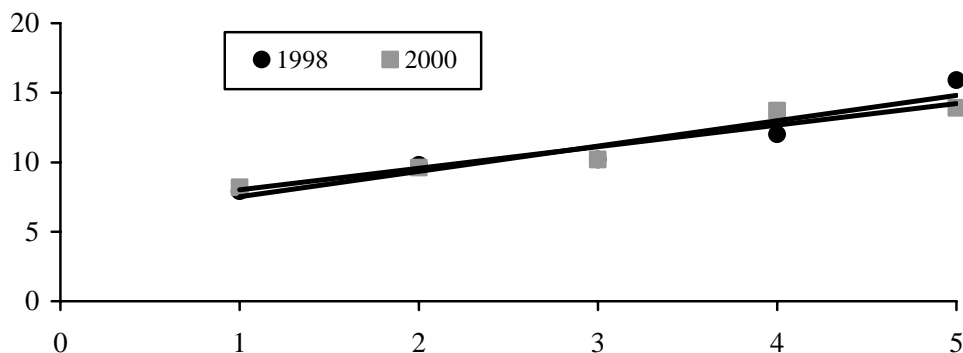
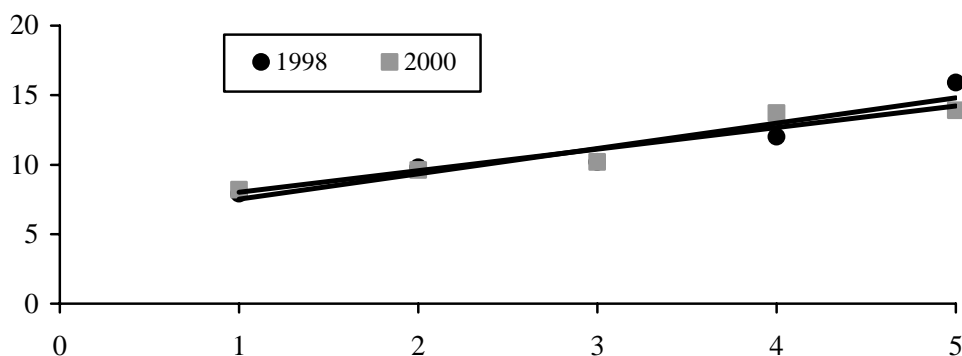


Gráfico 7.1.
Correlación entre tasas de suicidio y niveles de pobreza en dos momentos.



Por otro lado, en la tabla 7.4. se anotan los resultados de los índices de correlación entre las diferentes variables en estudio. Se puede ver que existe una clara relación entre las tasas de suicidio por un lado y el nivel de pobreza y de ruralidad, por el otro, según los resultados de la encuesta CASEN. Para 1998, el coeficiente de correlación entre la tasa de suicidio y los niveles de pobreza, alcanza a 0,952; el mismo coeficiente entre tasas de suicidio y porcentaje de población pobre para el año 2000 es de 0,967. Por otro lado, el valor del índice de correlación entre tasas de suicidio y porcentaje de población viviendo en zonas rurales es de 0,930 para la medición del año 1998 y de 0,988 en el caso del año 2000. Por último, el valor del índice de correlación entre el porcentaje de población desempleada y la tasa de suicidio es de 0,791 para el año 1998 y de 0,337 en la medición del año 2000.

Tabla 7.4.
Coeficientes de correlación entre diferentes variables. 1998 y 2000

Variables	Tasas de suicidio		Tasas de mortalidad general	
	1998	2000	1998	2000
Pobreza	0,952	0,967	0,633	0,534
Ruralidad	0,930	0,988	0,690	0,665
Desempleo	0,791	0,337	0,602	-0,036

En la misma tabla se muestran los índices de correlación entre las tasas de mortalidad general y las variables de pobreza, ruralidad y desempleo. Para el año 1998, el valor de la correlación entre mortalidad general y pobreza es de 0,633; entre mortalidad general y ruralidad es de 0,690; y entre mortalidad general y desempleo es de 0,602. En las mediciones del año 2000, la correlación entre mortalidad general y pobreza es de 0,534; entre mortalidad general y ruralidad es de 0,665; y entre mortalidad general y desempleo es de -0,036.

Discusión

Indudablemente, no existen diferencias significativas entre la primera y segunda medición en lo que se refiere a las tasas de suicidio, a pesar de que se modifican grandemente los niveles de pobreza e indigencia, al menos en los quintiles que en la primera medición mostraban los mayores niveles de pobreza. Ello puede explicarse porque el tiempo entre una medición y la otra es muy corta en lo que se refiere al estudio de las tasas de suicidio. La estabilidad de las tasas de suicidio, medida en dos momentos, separados uno del otro por sólo dos años, no permite mostrar grandes diferencias. Pero no ocurre lo mismo con el porcentaje de población viviendo en situación de pobreza, seguramente porque existen un conjunto de políticas que buscan disminuir su cuantía. Esto puede indicar, en todo caso, que ambas variables, tasas de suicidio y niveles de pobreza, evolucionan con una velocidad independiente la una de la otra.

Sin embargo, es notorio el valor que alcanza el índice de correlación entre las tasas de suicidio, por un lado, y los niveles de pobreza y niveles de ruralidad por el otro en ambas mediciones, alcanzado valores cercanos a uno. Al mismo tiempo, no ocurre lo mismo con las tasas de mortalidad general en relación a los niveles de pobreza y los niveles de ruralidad. En este caso, los valores del índice de correlación son más bajos, pero de todas maneras alcanza valores importantes.

Llama la atención que entre 1998 y el año 2000, se aprecia una caída en los niveles de pobreza, especialmente en el quintil 5, es decir, aquél que en la primera medición mostraba los mayores niveles de pobreza. Simultáneamente, son estas mismas comunas las que mostraron la mayor baja en los niveles de desocupación y simultáneamente presenta la más fuerte caída en la tasa de suicidios. El porcentaje de población rural no se modificó en forma importante. El quintil 4, también muestra una disminución en la tasa de desocupación, pero un alza en la tasa de suicidios. Los otros tres quintiles muestran aumento en las cifras de desocupación, con aumento de las tasas de suicidio en uno, disminución en el segundo y mantención en el tercero. Este comportamiento de las cifras, puede llevar a pensar que efectivamente existe una relación entre las tasas de suicidio y los niveles de ocupación, pero esta conclusión no aparece respaldada por los índices de correlación medido en ambos años.

Estos resultados van en contra de lo planteado por Durkheim, hace 100 años atrás. En el presente estudio, el suicidio aparece más claramente ligado a grupos pobres y no a aquellos grupos de mayores ingresos, como él lo señaló. Las tasas de suicidio son mayores en comunas en que al mismo tiempo existe

una mayor ruralidad, en comparación con aquellas en que un mayor porcentaje de personas vive en zonas urbanas. Por último, la relación entre las tasas de desempleo y el suicidio aparece de menor importancia en relación a las otras dos variables señaladas.

Las tasas de mortalidad general se comportan de manera similar a las tasas de suicidio, en el sentido de que son más altas mientras mayor sea la pobreza y al mismo tiempo aumentan cuando aumenta el porcentaje de personas viviendo en situaciones de ruralidad. Pero no ocurre lo mismo en relación al desempleo. Mientras en 1998 aparece una correlación positiva, en el año 2000 aparece una correlación negativa y cercana a cero.

En este sentido se puede concluir que los efectos de las variables económicas discutidas en este capítulo, como el porcentaje de pobreza, el porcentaje de población viviendo en zonas rurales y las tasas de desempleo, tienen un efecto más claro y directo sobre las tasas de suicidio que sobre la mortalidad general.

En el próximo capítulo, se retomará la discusión acerca de esta conclusión.

¹ Durkeim, E. (1995). El suicidio. Madrid, España. Ed. Akal.

² Id. ant., pág. 261.

³ Ziglio, E.; Barbosa, R.; Charpak, Y; Turner, S. (2003) Health systems confront poverty. WHO, Gêneve.

⁴ Sindzingre, A. (2005) The multidimensionality of poverty: an institutionalist perspective. International conference "The many dimensions of poverty", Brasilia, Brazil, 29-31 Aug.

⁵ Pobreza e indigencia e impacto del gasto social en la calidad de vida. (2001) Informe ejecutivo. Ministerio de Planificación Nacional. Santiago de Chile. www.mideplan.cl

⁶ Informe mundial sobre la violencia y la salud. (2003). Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las América de la OMS. Washington, D.C.

⁷ Id ant., página 212.

-
- ⁸ Chiang, T. (1999). Economic transition and changing relation between income inequality and mortality in Taiwan: regression analysis. *BMJ*. 319, 1162-5
- ⁹ Kaplan, G. y cols. (1986). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*. 312, 999-1003.
- ¹⁰ Fajnzylber, P.; Lederman, D.; Loayza, N. (2002). Inequality and violent crime. *Journal of Law and Economics*, vol. XLV
- ¹¹ Patel, V. y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*. 81, 609-615.
- ¹² Kawachi, I. (2002). Income inequality and economic residencial segregation. *J Epidemiol Community Health*. 56, 165-166.
- ¹³ Valdés, A. (invierno 1999). *Estudios Públicos*, 75
- ¹⁴ Pobreza e indigencia e impacto del gasto social en la calidad de vida. (2001). Informe ejecutivo. Ministerio de Planificación Nacional. Santiago, Chile
- ¹⁵ Social panorama of Latin America. (2003). 2002-2003. ECLAC.
- ¹⁶ Social panorama of Latin America. Op. cit.
- ¹⁷ Ministerio de Planificación Nacional. CASEN 2003. Santiago, Chile
- ¹⁸ Pobreza e indigencia e impacto del gasto social en la calidad de vida. (2001). Informe ejecutivo. Ministerio de Planificación Nacional. Santiago, Chile.
- ¹⁹ Id. ant., pág. 260
- ²⁰ Kennedy, H.G.; Iveson, R.C.Y.; Hill, O. (1999). Violence, homicide and suicide: strong correlation and wide variation across districts. *BMJ*. 175, 462-466.
- ²¹ Kposowa, A. (2001). Unemployment and suicide: a cohort análisis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*. 31, 127-138.
- ²² Crombie, I. (1990). Can changes in the Unemployment rates explain the recent changes in Suicide Rates in Developed Countries? *International Journal of Epidemiology*. 19: 412-416
- ²³ Crawford, M.J.; Prince, M. (1999). Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: the importance of social context. *Social Science and Medicine*. 49, 1419-1423.
- ²⁴ Pobreza y distribución del ingreso en Chile, 1990-1998. (1999). Ministerio de Planificación Nacional. Departamento de Estudios Sociales. Santiago, Chile.

Capítulo 8

Discusión de los hallazgos epidemiológicos.

De los datos examinados en los capítulos precedentes, surgen algunos hechos que vale la pena examinar con más atención.

Lo primero, es que se ha podido comprobar que efectivamente existe un aumento en las tasas de suicidio en la población chilena entre 1980 y 2003. Si se comparan las cifras de los últimos tres años, es decir 2001-2003 y se relacionan con las cifras de los años 1980-1982, el aumento en las tasas llega a ser el doble. Ello puede llevar a concluir que se está frente a una duplicación de las tasas de suicidio en poco más de 20 años. Sin embargo, esta conclusión debe ser examinada con más detención antes de ser confirmada.

En primer lugar, se ha descrito el cambio operado en el sistema de registro y codificación de la mortalidad por suicidio, precisamente a partir del año 2000. Dicha modificación ha significado una disminución del sub-registro que existía previamente y que ha sido posible probar en el presente estudio al examinar el número de casos de suicidio entre los años 1997 y 1999. Por lo tanto, es más ajustado a la realidad comparar las cifras de los primeros años con aquellas de los años 1997 a 1999, en que aún no se producía tal modificación. En este caso, las cifras promedio de los primeros tres años es de 5,21 casos por cada 100.000 personas, mientras que la misma cifra para los años 1997 a 1999

alcanza a 6,68. Hecha esta primera corrección, igual se aprecia un aumento de un 28,3 por ciento.

Siguiendo con esta línea, la primera observación a realizar es que este aumento se explica principalmente por un aumento en las tasas de suicidio de la población masculina, que sube en un 30,2 por ciento, mientras que el suicidio femenino aumenta en un 15,4 por ciento.

Pero en segundo lugar, se debe considerar que en 20 años la estructura de la población en Chile cambió en su estructura por edades. En 1999, por ejemplo, la población mayor de 65 años representaba el 7,1 por ciento de la población general. En cambio, en 1980, la misma población representaba el 5,6 por ciento. Este hecho es relevante, ya que cómo se ha visto en los capítulos previos, la personas más afectadas por el suicidio son precisamente la población más anciana. De ahí que se pueda pensar que el aumento observado puede estar debido sólo a un cambio en la estructura demográfica y no a un aumento del suicidio como tal.

Para explorar este hecho, la epidemiología entrega una herramienta que consiste en el cálculo de las tasas ajustadas por edades. Esto es, el número de casos observados se relaciona con una población estándar de 10.000 personas con una estructura por edades pre-definida. Antes de realizar este cálculo, se ha preferido trabajar con tasas promedio de tres años. Ello, porque las variaciones observadas en las tasas de un año al otro se pueden deber en parte a que el número de suicidios es escaso. Así, pequeñas variaciones en el número de casos puede hacer oscilar las tasas llevando a establecer conclusiones

erróneas. Por lo tanto, para explorar este aspecto con mayor certeza, se comparan tres hitos dentro del período de observación: las tasas promedio de los años 1980-82; las tasas promedio de los años 1989-91; y finalmente las tasas promedio de los años 1997-99, todas ellas ajustadas por edades.

¿Qué se obtiene de este ejercicio? En primer lugar, que las tasas promedio de los años 1980-82 es de 5,65; la tasa promedio de los años 1989-91 es de 5,72, mientras que la tasa promedio de los años 1997-99 llega a 6,36. Es decir, en la primera década de observación, la tasa de suicidio ajustada por edades varió en un 1,2 por ciento en relación a la tasa inicial. En la segunda década de observación, la tasa de suicidio ajustada por edades varió en un 12,5 por ciento respecto a la medición inicial.

Es decir, se comprueba nuevamente que existe un aumento del suicidio que es independiente de las modificaciones en la estructura por edades de la población chilena. Pero quizás lo más interesante, es que este aumento en las tasas del suicidio no se da durante todo el período de observación, sino que se aprecia desde 1990 hacia adelante.

¿Qué hechos sociales importantes ocurrieron en Chile en esa época? Lo más llamativo, fue que en 1990 la sociedad chilena decidió, en forma pacífica, poner fin a una dictadura militar que gobernó Chile desde 1973. El retorno a la democracia se consiguió precisamente en 1990. A partir de entonces, Chile fue un país regido por un sistema democrático, que además experimentó un crecimiento económico sostenido hasta fines de la década de 1990, en que el

crecimiento se detuvo en consonancia con la crisis económica de los países del Asia.

Pero, ¿hubo algún grupo poblacional en que se concentró este aumento en las tasas de suicidio? Y además, ¿se repartió por igual entre ambos sexos?

Al estudiar con más detalle este hecho, agrupando la población en grandes grupos de edades, se aprecian algunos hechos interesantes. Ya se ha mencionado que en la primera década de observación, o sea entre 1980 y 1990, las tasas aumentaron en un 1,2 por ciento, habiendo hecho un ajuste por edad. Sin ese ajuste, el aumento es de un 10 por ciento. Esta diferencia entre ambas cifras, se explica precisamente porque el aumento se da en el grupo mayor de 65 años, que es el que más aumenta proporcionalmente con el cambio de la estructura demográfica de la población. En este grupo, la tasa de suicidios sube en un 22 por ciento. Los otros grupos poblacionales, es decir, adolescentes, adulto joven y adulto, mantienen su tasa de suicidios.

Al hacer un análisis por sexo, el grupo que más aumenta sus tasas son las mujeres sobre los 65 años, que suben en un 35 por ciento. Le siguen los hombres sobre 65 años, con un aumento de 24 por ciento y en tercer lugar se ubican las mujeres adultas, que suben en un 18 por ciento.

Distinta es la observación que se hace en la segunda década del período estudiado, es decir, entre los años 1990 y 1999. Aquí, se aprecia un aumento de un 11,5 por ciento ajustado por edades, si se compara 1999 con 1990. Sin ese ajuste, el aumento es de un 17 por ciento. Nuevamente, el aumento se

concentra en algunas edades, que son los adultos jóvenes y adultos, cuyas tasas aumentan en un 17 y 16 por ciento respectivamente. Al hacer un análisis por sexo, se aprecia que este aumento de tasas se da sólo en la población masculina. Los adultos jóvenes masculinos aumentan en un 18 por ciento, mientras que los hombres adultos crecen en un 19 por ciento. Los adultos mayores, es decir sobre los 65 años, aumentan su tasa de suicidio en un 5 por ciento, aumento explicado exclusivamente por una mayor tasa masculina.

Baudelot y Establet¹ (2006) postulan en su libro, comentado en la introducción de esta tesis, que un factor clave para entender las variaciones en las tasas de suicidio, está dado por los procesos de crecimiento económico acompañado de modificaciones importantes en el mercado del trabajo. Eso fue lo que ocurrió en Chile en la segunda década del período estudiado, es decir, entre 1990 y 1999. Ya se ha señalado que Chile comenzó con un proceso de rápido crecimiento económico a partir de 1987 lo que se acompañó con modificaciones en el mercado laboral, concordantes con el nuevo modelo económico, basado en premisas neoliberales.

Pero también se ha señalado que un segundo factor clave, en las transformaciones que experimentó la sociedad chilena a partir de 1990, fue la recuperación de un sistema democrático que había estado ausente en Chile durante 17 años. No es posible encontrar alguna explicación que ligue ambos hechos. Existen otros países, como Cuba y los países de la ex Unión Soviética, que también han vivido durante largos años en regímenes dictatoriales y que presentan altas tasas de suicidio. En los países de la ex Unión Soviética, el

retorno a la democracia no ha significado necesariamente un aumento en las tasas de suicidio.

De ahí que de los dos procesos que ocurrieron simultáneamente en Chile en 1990, parece ser más importante o determinante en la explicación del aumento en las tasas de suicidio, el proceso de crecimiento económico, con su correspondiente modificación del mercado laboral, más que la modificación del sistema político.

Otro hecho que surge de los capítulos anteriores, es que de acuerdo a lo mostrado en el capítulo 5, existe una clara temporalidad anual en el caso de los suicidios. En el caso de los homicidios, en cambio, esta situación no es tan clara. Además, existe una temporalidad semanal, más marcada en el caso de los homicidios, con aumentos en los días sábado y domingo y descensos los días martes, miércoles y jueves. ¿Qué hechos pueden explicar esta evolución?

El hecho de que exista una mayor frecuencia de homicidios el día domingo, seguido por el día sábado, está mostrando que existe un factor social que se da con diferentes proporciones en los diferentes días de la semana. Lester (1979)². habiendo observado lo mismo en su estudio efectuado en Estados Unidos, relaciona esta mayor ocurrencia de los homicidios con una mayor ingesta de alcohol, que se produciría en esos días. Esta hipótesis aparece interesante, más aún si se toman en cuenta otros datos que provienen del presente estudio.

Por ejemplo, si la ocurrencia de los homicidios, está relacionada con un mayor consumo de alcohol, se puede esperar que ella se dé también en ciertas ocasiones, repartidas durante al año, en que la población tiende a consumir alcohol por sobre lo habitual. Y efectivamente este hecho se da en la serie estudiada. Por ejemplo, en el presente estudio, entre 1990 y 1999 se registran 4.160 casos de homicidio, distribuidos en 3.652 días de observación. Es decir, para cada día se puede esperar que ocurran 1,14 homicidios. Agrupando los 10 años, se podría esperar que para cada fecha ocurran 11,4 homicidios. Sin embargo, hay ciertas fechas que se apartan claramente de esta expectativa. La tabla 8.1. muestra que, por ejemplo, el 1° de enero, en que se celebra el Año Nuevo, y en que el consumo de alcohol está por sobre lo habitual, se registran 63 casos entre 1990 y 1999, es decir 5,5 veces más de lo esperado. Este aumento se mantiene a la fecha siguiente, el 2 de enero, en que se registran 22 casos, o sea, casi el doble de lo esperado. Pero baja inmediatamente el día 3 de enero, en que se registran 8 casos de homicidio durante los 10 años de observación.

También, se aprecia esta situación los días 18 y 19 de septiembre, en que Chile celebra su fiesta nacional, conmemorando el Día de su Independencia. Durante los 10 años observados, se registran 32 homicidios el día 18 de septiembre y 41 asesinatos el día 19. Considerando ambos días, el aumento es de 3,2 veces en relación a lo esperado.

Otra fecha en que se produce aumento en el consumo de alcohol, es con motivo de celebrarse la Navidad. El día 25 de diciembre, se registran 27 casos de homicidio en los 10 años observados, es decir, 2,4 veces más de lo esperado.

También aparecen fechas festivas en que se produce un aumento de los homicidios observados, como es el 1° de mayo (Fiesta del Trabajo) y el 1° de noviembre (Fiesta de Todos los Santos). En ambas fechas, los registros muestran 24 homicidios en cada ocasión, lo que equivale a 2,1 veces más de lo esperado.

Examinando con detalle la distribución de los homicidios registrados durante los 10 años del presente estudio, no se aprecian otras fechas, durante todo el año, en que se produzca tal aumento de casos.

Se debe tener presente, en todo caso, que las fechas registradas provienen de una base de datos de mortalidad, lo que significa que lo que se anota es la fecha de defunción de la víctima de un homicidio, lo cual no necesariamente es lo mismo que la fecha en que se comete la agresión. Sin embargo, es probable pensar que en la mayor parte de los casos exista una coincidencia entre ambos hechos.

De ahí que resulta coherente pensar que la conducta homicida esté ligada al consumo de alcohol, como lo sugiere la distribución semanal. Pero, ¿qué ocurre en el caso de los suicidios? En el presente trabajo se sostiene que ambos hechos, suicidio y homicidio, son hechos violentos. Por lo tanto, se puede aventurar que ambos debieran seguir cursos similares. Primero que nada, de acuerdo a los datos mostrados en el capítulo cinco, existe también un ciclo semanal de suicidios, pero menos marcado que los homicidios.

Siguiendo con el mismo razonamiento realizado para el caso de los homicidios, y considerando que en los 10 años de observación se registran 8.531 casos de suicidio, se puede esperar, en una distribución temporal al azar, que cada fecha anote 23,4 casos de muerte por este motivo. En la misma tabla 8.1., se aprecia lo que ocurre en el caso de los suicidios. Nuevamente, la fecha en que se registra la mayor cantidad de casos, corresponde al 1° de enero. Ese día, aparecen registrados 62 suicidios, es decir, 2,7 veces más de lo esperado.

De manera similar, los días 18 y 19 de septiembre, se registran 43 y 40 casos, lo que equivale a un aumento de 1,8 y 1,7 veces más de lo esperado. Al igual que en el caso de los homicidios, el día 25 de diciembre también se registran más casos: 40 en total durante los 10 años de observación, o sea, 1,7 veces más de lo esperado.

No ocurre lo mismo, en todo caso, respecto a las otras dos fechas señaladas para el caso de los homicidios, esto es, el 1° de mayo y el 1° de noviembre. En ambas fechas, los casos registrados son similares a lo esperado.

Tabla 8.1.
Cantidad de aumento de casos de homicidio y suicidio en las fechas señaladas

Fecha	Homicidios	Suicidio		
		Hombre	Mujer	Total
1° enero	5,5	2,7	2,4	2,7
2° enero	1,9	2,0	0,6	1,8
18 septiembre	1,4	1,2	1,5	1,8
19 septiembre	3,6	1,8	1,8	1,7
25 diciembre	2,4	1,7	1,5	1,7
26 diciembre	1,1	1,4	2,7	1,6
1° de mayo	2,1	1,0	0,5	0,9
1° de noviembre	2,1	1,2	1,8	1,3

En el caso de los suicidios, se tiene una información adicional, como es el sexo del suicida. Es sabido que el consumo de alcohol es más frecuente en hombres que en mujeres. Por lo tanto, para examinar esta variable, se separan los casos de suicidio ocurridos en estos diez años entre hombres y mujeres y se distribuyen según la fecha de ocurrencia. Se cuenta con un registro de 7.335 casos de suicidios masculinos, lo que da una distribución por cada fecha de 20,1 casos, si se distribuyeran al azar. Aquí nuevamente las fechas que presentan las mayores cifras de casos registrados, son el 1° de enero (54 casos), el 2 de enero (40 casos), el 19 de septiembre (37 casos) y el 25 de diciembre (35 casos). Las desviaciones respecto al valor esperado, aparecen en la tabla 8.1.

La situación respecto al suicidio femenino, no es tan clara. En los 10 años se registran 1.196 casos, lo que arroja una distribución esperada de 3,2 casos por fecha. Las fechas en que se observa una mayor cantidad de casos son el 26 de diciembre y el 20 de septiembre, con 9 casos registrados cada vez. Es cierto que ambas son fechas cercanas a la Navidad y a la Fiesta Nacional, pero no se acompañan de aumentos similares en las otras fechas señaladas anteriormente. Por ejemplo, el 1° de enero se registran 8 casos de suicidio femenino, la misma cifra que aparece el día 30 de enero y el 29 de noviembre, ambas fechas no relacionadas con ninguna festividad en particular. Luego, se aprecian varias fechas, distribuidas al azar, en que se registran 7 casos y que no tienen un significado especial en el calendario chileno.

Por lo tanto, se puede postular que el suicidio, tanto femenino como masculino, en su distribución a lo largo del año, se puede explicar por razones biológicas y sociales, al mismo tiempo. Antes de seguir avanzando, es bueno recordar que el

suicidio femenino representa menos casos. Ya se ha visto, que el número de casos resulta ser un factor clave a la hora de buscar alguna regularidad o algún patrón de distribución que señale la presencia de una variable explicativa. A pesar de eso, es posible suponer que el suicidio femenino está menos explicado por la influencia del consumo de alcohol. En cambio, es posible suponer que el suicidio masculino sí está explicado, al menos en parte, por el efecto del consumo de alcohol. En el caso del suicidio femenino, los factores subyacentes pueden ser otros, como se señaló en el capítulo cinco al relacionar el ciclo anual a las variaciones en el ritmo de liberación de la serotonina.

En resumen, los datos discutidos hasta ahora, permiten ver la influencia del consumo de alcohol, tanto en los homicidios como en los suicidios, especialmente los masculinos. Este hecho ayuda a explicar la diferente distribución de los suicidios según el sexo señalada a partir del gráfico 5.3. Allí se vio que el suicidio femenino aumentaba especialmente en primavera y que no se daba el mismo aumento en los meses de verano, que sí se apreciaba en el suicidio masculino. Pero, en el caso de los suicidios de hombres, este aumento en los meses de diciembre y enero estaría en parte explicado porque dos de las fechas en que se aprecia una mayor cantidad de casos, relacionado a un mayor consumo de alcohol, corresponden precisamente a dichos meses: el 1º de enero y el 25 de diciembre. La otra fecha en que se produce un aumento de suicidios y también de homicidios, es el 18 y 19 de septiembre, que corresponde a los últimos días del invierno en este hemisferio.

En el caso de los homicidios, que generalmente son perpetrados por hombres, y en el caso de los suicidios, que también son principalmente realizados por

hombres, es posible pensar que el consumo de alcohol tenga una mayor preponderancia que en el caso del suicidio femenino, sobre todo pensando que los niveles de consumo de alcohol es diferente según el sexo. Pero esta explicación no invalida que existe también un ciclo anual, tanto en el suicidio femenino como en el masculino, relacionado con las variaciones en el ciclo de la serotonina. Esta conclusión surge al examinar la baja en los suicidios que se da en otoño, más pronunciada en el caso de las mujeres que los hombres, y por el aumento posterior a partir de agosto, que se mantiene en octubre. En estos dos meses, no existen fechas que hagan pensar en un sobre consumo de alcohol, pero el aumento de los casos se da igual. Es decir, existe una variación, de carácter biológica, sobre la cual se sobrepone otro hecho, de carácter social o cultural, como es el consumo de alcohol.

Para entregar más luces sobre este hecho, en el próximo capítulo se hará un estudio de casos, buscando ver hasta donde el consumo de alcohol está relacionado con la conducta suicida.

Otros hecho interesante, es que los datos presentados en este trabajo muestran que efectivamente existe una relación entre la mortalidad por suicidio y el estado civil, pero que esta relación se da igual, e incluso con mayor fuerza, si se toma la mortalidad general. En este sentido, los datos son concordantes por lo señalado por otros investigadores, que analizan el efecto de la red social sobre la mortalidad en general. En general, se considera el matrimonio como parte de la red social y los resultados de este trabajo, claramente apuntan a que se mueren más las personas solteras que las casadas, lo que se muestra al estudiar la tasa de mortalidad de personas solteras versus

población general: 1,58. Si se considera al matrimonio como parte de la red social, al menos como la parte más cercana a las personas, los resultados apuntan a que efectivamente, ante una red social más amplia, se produce un efecto beneficioso, al menos en lo que respecta a la mortalidad.

También resulta claro que el matrimonio favorece más al hombre que a la mujer. Mientras los hombres solteros mueren 2,64 veces más que los hombres casados, en el caso de las mujeres la mayor mortalidad de las solteras alcanza a 2,24 veces más.

Aquí nuevamente surge una pregunta: ¿son realmente comparables las poblaciones de personas solteras y casadas? ¿No existirá entre ambas, algún otro factor, aparte del estado civil, que pueda explicar estas diferencias? Durkheim atribuyó solamente al hecho de estar casado la menor mortalidad por suicidio. Pero ya se ha visto que no examinó con detención lo que ocurría con la mortalidad general, lo que probablemente lo habría llevado a conclusiones diferentes. Para avanzar en una respuesta a esta interrogante, se verán algunos datos a partir de un estudio de casos de suicidio, en el próximo capítulo. Sin duda, no resolverá la duda de lo que ocurre con la mortalidad general, pero podrá ser al menos una pista.

Por último, surge como interesante destacar los hallazgos respecto a la relación entre suicidio y pobreza. Ya se ha señalado que Durkheim llegó a decir que "la miseria protege". Sin embargo, casi 100 años después, este argumento es refutado por Baudelot y Establet (2006). Para ellos, el suicidio se da más en población pobre que rica. Explican esta diferencia con lo planteado 100 años

antes, diciendo que durante el siglo XX la sociedad occidental ha sufrido modificaciones importantes. El modelo de desarrollo que Durkheim percibió en sus inicios, lo llevó a pensar de que el suicidio crecería sin límites, a medida que los países avanzaran en la misma senda del desarrollo capitalista. Este modelo se basaba en una fuerte migración desde el campo a la ciudad. En este nuevo escenario, las personas vivían en situaciones de mayor precariedad. Se perdía el efecto protector de las pequeñas comunidades rurales, que no sólo acogía a sus miembros, sino que actuaba fuertemente como un poder regulador, en el sentido que otorgaba sentido a la vida de quienes vivían en su interior. Pero no fue así. De hecho, ya en los primeros años del siglo XX se puso en duda esta afirmación.

Baudelot y Establet postulan que lo que ocurrió es que las sociedades occidentales, a medida que fueron estableciendo una forma de desarrollo basado en el proceso de industrialización, simultáneamente inventaron nuevas formas de socialización. Las redes rurales perdieron el privilegio que tenían en las postrimerías del siglo XIX, cuando se constituían en micro sociedades que otorgaban certidumbre a sus habitantes y experimentaron un proceso de empobrecimiento paulatino. A la vez, las sociedades urbanas del fines del siglo XIX, que eran vistas como sociedades inestables, que otorgaban pocas seguridades a sus habitantes, fueron, durante el siglo XX, desarrollando formas de socialización que acogían de mejor forma a quienes emigraban del campo a la ciudad.

En el caso chileno, el proceso no difiere tanto de lo que plantean Baudelot y Establet, salvo que dicho proceso se produjo con varias décadas de retardo.

Durante buena parte del siglo XX se produjo una migración desde el campo hacia la ciudad, que sólo hoy se está modificando, en el sentido de una mayor lentitud de este proceso migratorio. La población rural en Chile, al año 1950 era de un 39 por ciento. En el censo del 2002 llegó a 13,3 por ciento.

En este sentido, vale la pena detenerse y analizar las cifras de los cuadros 7.2. y 7.3. En el primero, se aprecia que los quintiles, que fueron agrupados según niveles de pobreza, al mismo tiempo, y en forma paralela, aumentan el porcentaje de población rural en cada uno de ellos. Esto no es tan extraño, ya que la misma encuesta de Caracterización Socioeconómica ha permitido comprobar que en sectores rurales se concentra una mayor cantidad de gente pobre.

Surge entonces la siguiente duda: el aumento en las tasas de suicidio, ¿se debe a la influencia de vivir en sectores más pobres? ¿o es la ruralidad la que está determinando la mayor probabilidad de ocurrencia del suicidio?

Los coeficientes de correlación, tanto de la pobreza como de la ruralidad, señalan que a medida que cada uno de ellos aumenta, se constata una mayor cantidad de suicidios. Y ambos coeficientes de correlación tienen valores bastante altos, cercanos a uno. ¿Es posible, entonces, separar la influencia de uno y del otro, para finalmente definir cual es el más relevante?

La lectura atenta de los datos, señala que, en primer lugar, el comportamiento de las diferentes variables no es el mismo en los distintos quintiles y considerando ambas mediciones. Las tasas de suicidio, en el conjunto de la

población, prácticamente no se alteran. Sin embargo, hay dos quintiles que experimentan cambios importantes: en el quintil cinco, la tasa de suicidio disminuye en cerca de un 13 por ciento, mientras que en el quintil cuatro aumenta en un 14 por ciento. Los otros tres quintiles, se modifican en proporciones cercanas al dos o tres por ciento.

En segundo lugar, las variaciones en el nivel de pobreza, muestran que tampoco estas se modifican entre un año y el otro. Pero nuevamente, el quintil dónde se observa la mayor variación, es el quintil cinco, con una disminución de cerca de un 32 por ciento. El quintil cuatro, en cambio, muestra una disminución de 18 por ciento. Los otros quintiles, en que no se apreció un cambio en las tasas de suicidio, muestran variaciones, en más o en menos, cercanas al 13 por ciento.

Por último, en lo que se refiere al porcentaje de población rural, se puede ver que entre ambas mediciones, la proporción de personas viviendo en esta situación disminuyó en cerca de un 10 por ciento, en el conjunto de las comunas estudiadas. Todos los quintiles aportan a esta disminución, pero en el caso del quintil cinco, es dónde se aprecia la menor caída, con una proporción cercana al cinco por ciento. En el caso del quintil cuatro, la disminución es cercana al diez por ciento, al igual que los casos del quintil dos y tres. En cambio, el quintil uno es el único en que el porcentaje de población rural bajó en un 15 por ciento.

A favor de la idea de sostener que el vivir en ambientes rurales contribuye a un aumento en las tasas de suicidio, se puede señalar lo encontrado en el capítulo cuarto, al agrupar las regiones del país de norte a sur. En ese ejercicio se vio que las regiones del norte tenían menores tasas de suicidio. Las regiones

del sur, eran las que superaban las tasas en los 10 años de observación, si bien, hacia el final del período se constataba una mayor cercanía en las cifras. Al mismo tiempo, según el censo del año 2002, las regiones del sur son las que tienen una mayor proporción de población viviendo en zonas rurales. En efecto, desde la octava a la duodécima región, el 24,3 por ciento de la población vive en zonas rurales. En la región centro, en cambio, el 20,7 por ciento vive en estas condiciones. Por último, en la región norte, el 10,7 por ciento de la población habita en zonas rurales.

Sin embargo, si volvemos al examen de lo que ocurre en los quintiles estudiados, se aprecia que en el caso del quintil cinco se ve la mayor caída en las tasas de suicidio, la mayor caída en el porcentaje de población viviendo en situación de pobreza y una menor caída en el porcentaje de población rural. Al mismo tiempo, el caso del quintil cuatro muestra un aumento en las tasas de suicidio, una menor caída en la proporción de pobreza y una mayor caída en la proporción de población rural comparándolas con el quintil cinco.

Ya se ha señalado que es difícil establecer conclusiones a partir de estos datos, considerando que las tasas de suicidio no se modifican sustancialmente en cortos períodos de tiempo. Más aún que se compararon dos años, 1998 y 2000, pero con una base de datos corregida para el primer año. Y además que es posible que las tasas de pobreza varíen con mayor velocidad que las tasas de suicidio. Es bueno señalar que el porcentaje de población que vive en ambientes rurales, también es relativamente estable en el tiempo.

Como conclusión, se puede llegar a establecer que de las dos variables explicativas discutidas en esta parte, parece ser que la pobreza juega un papel más relevante, pero no el único, a la hora de explicar las diferencias en las tasas de suicidio. Entre otras cosas, porque se ha visto que en el conjunto de los años estudiados, existe un aumento de las tasas de suicidio, mientras que simultáneamente la población rural va disminuyendo. Los datos de los cuadros 7.1. y 7.2., al señalar que a medida que crece la ruralidad, aumentan los suicidios, puede llevar a pensar que es este el factor de explicación. Pero la tendencia a más largo plazo, van en contra de esta afirmación. Lo cual no quiere decir que vivir en zonas rurales no afecte en nada la posibilidad de llegar a un suicidio. La ruralidad aparece como un factor importante en la explicación de las tasas de suicidio cuando la discusión se centra en la discusión de datos obtenidos transversalmente. Pero pierde fuerza cuando se analizan tendencias a largo plazo.

Pero con la pobreza ocurre algo similar. Es cierto que a través de los años, la pobreza va en disminución, mientras que los suicidios van en aumento. Luego, tampoco se podría afirmar que existe una relación directamente proporcional entre pobreza y suicidio. Sin embargo, en este caso se debe tomar en consideración otros dos hechos. Cuando se habla de disminución de la pobreza, se esconde lo que ocurre con la indigencia. Esta última situación ha mejorado, pero con niveles diferentes a lo largo del tiempo. Además, las políticas de reducción de la pobreza son básicamente monetaristas, en el sentido de otorgar el dinero suficiente como para que las personas logren el ingreso necesario para la compra de la canasta básica de alimentos. En ese sentido, dejan de ser pobres. Pero sólo en ese.

Las personas pobres, ya no se cuentan entre ellas porque de alguna forma las políticas sociales les entregan los subsidios necesarios. Pero la pobreza no es sólo una cuestión de dinero. Mientras se mantengan situaciones de exclusión, mientras las viviendas que se les entregan no reúnan las condiciones mínimas que sí tienen otras viviendas, mientras el mercado del trabajo mantenga niveles de incertidumbre altos, seguirán *percibiéndose* como pobres. Y seguramente seguirán viviendo en las mismas comunas en que vivían anteriormente, porque no se modificará la segregación geográfica al interior de las ciudades. Es decir, los hallazgos que hemos comentado aquí muestran que los pobres se matan más que los ricos. Y dentro de las mismas ciudades.

Por lo tanto, la primera conclusión que se puede sacar, es que dentro de una misma ciudad co-existen al menos dos culturas, definidas por su nivel de ingreso y que desarrollan formas distintas para enfrentar la vida.

Por un lado está la burguesía, que tiene un acceso posible a los bienes del mercado. Por el otro, están los obreros, que sólo pueden contemplar las vitrinas de los bienes cuyo acceso les resulta imposible. Cuando sólo pueden contentarse con la contemplación, desarrollan sentimientos de hostilidad inespecíficos. A veces, dirigidos en contra de quienes si pueden tener acceso a dichos bienes. Y en otras, dirigidos en contra de sí mismos.

Existe un convencimiento, a nivel internacional, de que la mortalidad se asocia en forma directa con la pobreza. Los datos mostrados en el capítulo siete señalan de que ello es así, al menos en el caso chileno. Pero también señalan que

esta relación es más débil de aquella que se da en torno al suicidio. La pobreza, entonces, no actuaría sólo en forma inespecífica, sino que lo estaría haciendo generando directamente situaciones o conductas asociadas a una mayor mortalidad. Y la hostilidad sería una de ellas.

Las conclusiones que surgen del capítulo siete, pero también las que surgen al revisar los datos acerca del estado civil, ponen en la discusión el valor relativo del enfoque epidemiológico. Durkheim también se hizo cargo de esta discusión, señalando que para él el suicidio es un hecho que se puede explicar casi exclusivamente por razones sociales, dejando de lado las explicaciones que provenían de la psicología. Esta discusión se mantiene hasta hoy en la literatura que estudia el suicidio.

¿Es el suicidio un hecho social? ¿O es un hecho puramente individual? Así planteada la pregunta, lo más posible es que la discusión no finalice pronto. El suicidio es un hecho individual, sin duda. El suicidio no es una enfermedad, sino que es una forma de muerte. Sin embargo, esta forma de morir escapa a una comprensión puramente individual, ya que los datos muestran resultados que se replican en distintos países y en distintas épocas. Pero resulta mucho más aventurado llegar a decir que el suicidio es un hecho social. Los datos que hemos examinado, que provienen del capítulo siete, dicen que la pobreza se asocia en forma directa con el suicidio. Pero ello no autoriza a decir que la pobreza sea la causa del suicidio. En Chile, en los años que hemos estudiado, existían alrededor de cuatro millones de pobres. Y sólo se contabilizaron alrededor de 1.500 suicidios al año.

El enfrentamiento registrado durante todo el siglo XX, entre la sociología y la psicología, terminará por agotarse cuando cada uno vea la dosis de verdad que tiene el otro discurso. Cuando la psicología vea que la persona que está al frente, es parte de un grupo social y que trae, con mayor o menor fuerza, los determinantes de ese grupo social. Y cuando la sociología acepte que ser hombre, pobre y soltero, no significa necesariamente que se va hacia un suicidio.

En el capítulo próximo, se presentará un estudio de casos, precisamente para completar esta doble mirada del suicidio. Los datos epidemiológicos han servido para orientar algunas preguntas que se les hará a las historias de los suicidas.

¹ Baudelot, C.; Establet, R. (2006) *Suicide, l'envers de notre monde*. París, Seuil.

² Lester, D. (1979) Temporal variation in suicide and homicide. *Am J Epidemiol.* 109, 517-520.

Capítulo 9

Estudio de casos

Introducción

Uno de los métodos frecuentemente usados en el estudio del suicidio, es la "Autopsia Psicológica". A través de esta metodología, se busca reconstruir la situación del suicida al momento de morir. Al mismo tiempo, se indaga acerca de antecedentes en su pasado, que permitan comprender mejor el porqué de la decisión tomada. En el presente capítulo, se efectúa una breve revisión de esta metodología. Luego, se presenta un estudio de casos, que en parte se ha estructurado siguiendo los pasos de la "Autopsia Psicológica".

Aspectos metodológicos de la Autopsia Psicológica

El uso de la Autopsia Psicológica, en el estudio del suicidio, se ha planteado con diferentes fines. Así, por ejemplo, encontramos trabajos que buscan definir si existen "factores conectados con el suicidio en víctimas que habían sufrido cáncer y quiénes no lo habían sufrido" (Hietanen, 1994)¹. En este caso, los autores se plantean algunas hipótesis iniciales, que los guían en el diseño y desarrollo de su investigación. Entre ellas, por ejemplo, se señala que "el paciente con cáncer debería tener causas para el suicidio específicas referidas al cáncer".

Por otro lado, el uso de la Autopsia Psicológica se ha usado en grupos etéreos específicos, como son los adultos mayores. En un estudio, realizado en Finlandia, los autores buscan "Describir todos los suicidios entre personas adultas mayores en establecimientos de reposo en Finlandia durante un período de 12 meses, enfatizando los factores que han sido hallados y que se asocian con el suicidio en población anciana" (Suominen, 2003)². Algo similar encontramos en el trabajo de Harwod y cols. (2001)³ En este caso su estudio estuvo dirigido a conocer factores relacionados con el suicidio en personas sobre 60 años. Por otro lado, un cierto número de estudios busca conocer el perfil del suicida adolescente.

Aparte de la existencia de problemas de salud mental, el suicidio se asocia muchas veces a la existencia de eventos de vida que preceden al acto suicida. En un estudio efectuado en población escocesa se estudió este hecho (Cavanagh, 1999)⁴. Se tomó una muestra de 32 casos de suicidio y se comparó con otro grupo que presentaba un perfil similar en cuanto a diagnósticos del área de salud mental. Mediante la información entregada por quiénes conocían a los suicidas, se evaluó la existencia de Eventos de Vida aplicando una escala. Los resultados muestran que los suicidas presentaban más eventos, especialmente aquellos ligados al ambiente dentro de la familia y los que hacían mención a situaciones adversas referidas a la salud física.

También, esta metodología se ha usado para "Determinar si alguno de los factores de riesgo de la vida anciana en torno al suicidio, hallados en países occidentales, son aplicables a Hong-Kong." (Chiu, 2004)⁵

Otro de los objetivos en el uso de la Autopsia Psicológica, ha sido estudiar si acaso los suicidas han sostenido o no contactos con establecimientos de salud, especialmente a nivel de atención primaria o de establecimientos que brindan cuidados en el ámbito de salud mental. En una revisión reciente (Luoma, 2002)⁶, los autores hallaron 40 trabajos, en lengua inglesa, que abordaban este tema, con descripciones detalladas sobre edad y género del suicida y que tenían un alcance comunitario. De este conjunto de trabajos, 15 estaban basados en el uso de la Autopsia Psicológica, otros cuatro se basaban en revisión de registros, mientras que otros 21 usaban la revisión de registros más el uso de otras fuentes de información. La revisión de registros consiste en el examen de fuentes de información que provienen de establecimientos de salud y son llevadas a cabo por funcionarios cuyo trabajo se orienta a investigar la situación de muertes violentas. En ciertos casos, estos funcionarios son médicos. Sus informes pueden ser usados en instancias judiciales en las cuales se investiga la muerte.

Habitualmente, la Autopsia Psicológica se efectúa mediante una entrevista semi-estructurada, con contacto directo entre el entrevistador y el informante. Sin embargo, en un trabajo reciente Gustafsson y Jacobsson (2000)⁷ proponen una entrevista vía telefónica. En su estudio, ellos seleccionaron 100 casos consecutivos de suicidio en Västerbotten, Noruega. A partir de los registros construidos en el Instituto Estatal de Medicina Forense, más los datos aportados por la policía, se ubicó por lo menos a un contacto del suicida. A través de un llamado telefónico, se explicó el sentido del trabajo y se les motivó para conseguir una respuesta afirmativa. Posteriormente, se aplicó una entrevista semi-estructurada, siempre a través

del teléfono. Cada entrevista duró entre 2 y 3 horas. Finalmente, se preguntó a los informantes su impresión acerca de haberse sometido a una entrevista con estas características. El 79,8 por ciento de los entrevistados, respondió que la experiencia había sido positiva o neutral, mientras que el 9,6 la consideró negativa. Un 10,6 por ciento no respondió a esta consulta.

Otro aspecto igualmente importante en el diseño de los estudios es si usan o no un grupo control. Algunos estudios solamente describen la situación de los suicidas, mientras otros incorporan un grupo control, dando lugar a un diseño de estudio de caso - control. El grupo control, a su vez, tiene distintas conformaciones. Puede ser un grupo de personas que viven al interior de la comunidad, o bien pueden ser personas que son seleccionadas porque tienen un perfil similar desde el punto de vista de los trastornos que se observan en los suicidas, o bien puede ser un grupo de personas muertas por causas naturales, o puede ser un grupo de personas que han intentado un suicidio.

Al usar un diseño caso - control, un aspecto metodológico importante lo constituye el hecho de que en ocasiones los participantes del grupo control son entrevistados directamente, lo cual constituye otra diferencia que puede sesgar los resultados respecto al grupo suicida. De ahí que algunos investigadores prefieran usar a informantes del grupo control, incluso si se trata de personas vivas (Cheng, 2000; Luoma, 2002)^{8,6}.

Se puede plantear, como una duda razonable, que los resultados de la Autopsia Psicológica no representan realmente la realidad del sujeto suicida, especialmente si lo que se quiere es determinar la existencia de un problema

de salud mental. Habitualmente, las personas que son entrevistadas pertenecen al entorno cercano al suicida. Por lo mismo, el suicidio de alguien que pertenece a su entorno genera en estas personas reacciones, afectos y percepciones que buscan, en definitiva, incorporar este hecho en su propia biografía. Es posible, que en la búsqueda de respuestas a un hecho traumático, se elaboren discursos en donde la figura del suicida, así como la importancia de hechos que en otras condiciones pueden ser desestimados, pasen a ser sobreestimados o subestimados.

Conner y cols. (2001)⁹ abordaron este hecho. En su investigación, ellos trabajaron con 80 personas, cuyas edades eran sobre los 50 años, que habían intentado cometer un suicidio y que fueron incorporados a un tratamiento. Se conformaron dos equipos de trabajo. El primero de ellos, entrevistó a las personas que habían intentado cometer el suicidio, mientras que el segundo entrevistó a una persona perteneciente a su entorno cercano. Las entrevistas se realizaron por separado y cada grupo no conocía el resultado del otro. Básicamente, con ambas entrevistas se buscaba establecer la existencia de algún trastorno en el ámbito de la salud mental. Ambas entrevistas, se hicieron a los pocos días de haber ocurrido el intento de suicidio. Entre los informantes seleccionados, destacaban la esposa o esposo, hijos y amigos de quién había intentado suicidarse. Posteriormente, se evaluó la concordancia de ambas entrevistas en materia de sensibilidad (habilidad del informante cercano para detectar un desorden psiquiátrico), especificidad (habilidad del informante cercano para correctamente identificar a aquellos sin un desorden psiquiátrico) y porcentaje de acuerdo (proporción de casos en la cual la decisión diagnóstica basada en los datos del informante coincidía con el diagnóstico basado en la

entrevista al sujeto). Entre las conclusiones que destacan los autores, se señala que hubo bastante acuerdo en problemas como depresión mayor y desórdenes bipolares. El acuerdo fue moderado si se trataba de psicosis no afectivas, trastornos del humor y desórdenes de ansiedad. Respecto al consumo de sustancias, hubo un acuerdo sustancial si se trataba de dependencia de sustancias, pero dicho acuerdo era muy pobre si se trataba de abuso de sustancias.

Una crítica a este estudio, es que ambos grupos de entrevistadores usaron no sólo la información dada por los sujetos o por los informantes cercanos, según fuera el caso, sino que además, se tuvo acceso a registros médicos y psiquiátricos confeccionados previo al momento en que los sujetos se incorporaban al estudio. Así, no se comparó directamente la información recibida desde los informantes, en relación a la información dada directamente por los pacientes. Por el diseño utilizado, ambos registros se suplementaron con otras fuentes de información, por lo que no se puede concluir que el resultado final estuviera realmente basado en la precisión de los datos aportados por los informantes claves.

También, los mismos autores señalan que a diferencia de los estudios de Autopsia Psicológica usados en el estudio de personas suicidas, en este caso el universo estaba constituido por personas que habían intentado el suicidio. Es decir, se trató de un universo diferente en el sentido de que los informantes cercanos no habían desarrollado las conductas o sentimientos propios de quién ha sufrido el suicidio de alguien cercano.

En el presente capítulo, se presentan los resultados de un estudio de casos. En Chile, cada muerte por suicidio genera la apertura de un proceso judicial, mediante el cual se busca determinar si esa muerte corresponde realmente a un suicidio o bien puede tratarse de una muerte que corresponde a un homicidio. Con este fin, el juez a cargo de la causa ordena una investigación a la policía civil. Esta, siguiendo un formato pre-establecido, realiza la investigación constatando, en primer lugar, la efectividad del hecho. Mediante una reconstrucción de las causas que rodearon la muerte, y teniendo a la vista los resultados de la autopsia médico legal, la policía civil informa si efectivamente se trata de un suicidio o no. Además, se entrevista a personas del entorno cercano al suicida, buscando reconstruir las circunstancias en que se produjo la muerte. También se agregan otros aspectos, que pueden llevar a entender el porqué del hecho.

En el transcurso de la presente investigación, se tuvo acceso a cerca de 500 informes preparados por funcionarios de la policía civil. De estos, se seleccionaron al azar 192, los cuales fueron examinados según una pauta que se describe a continuación. De los 192 casos seleccionados, se presentan los resultados de 188. Los otros cuatro casos fueron desestimados porque los informes analizados no entregaban una información mínima, de acuerdo a la pauta elaborada.

Pauta de análisis.

Para cada caso, se anotó la fecha de nacimiento, edad, sexo y fecha de defunción. También se anotó la relación que existía entre el suicida y el

informante. En varias ocasiones, la policía entrevista a más de una persona. Se considera el total de la información contenida en los informes.

También, se exploró la existencia de notas suicidas y a quién o quiénes estaban dirigidas.

Se exploró la presencia de trastornos en el ámbito de la salud mental. Específicamente, se vio si acaso el suicida estaba afectado por depresión, abuso de alcohol y abuso de drogas. Para estos tres diagnósticos se definieron tres posibilidades: en primer lugar, se buscó en el texto una afirmación explícita de uno o más informantes que señalara que el suicida estaba afectado(a) por una o más de las tres situaciones señaladas. Las afirmaciones eran del tipo "estaba deprimido", o "estaba muy triste", o "que consumía alcohol en forma desmedida", o "era un ebrio consuetudinario", o bien, "consumía drogas en forma habitual", o "estaba atrapado por el consumo de drogas". Ante una afirmación como esta, se consideró que el suicida presentaba uno o más de los tres cuadros señalados, según su entorno. En segundo lugar, se examinaron los informes para ver si uno o más de los informantes señalaba que el suicida habría concurrido a los servicios de salud a raíz de su enfermedad. En tercer lugar, se examinaron los informes buscando evidencias que permitieran afirmar que el o la suicida estaba en tratamiento por alguna de las enfermedades señaladas.

En los informes consultados, los policías hacen una descripción detallada tanto del cuerpo y las vestimentas del suicida, así como del entorno en el cual se produjo el hecho. En algunos informes se detalla la presencia de medicamentos

destinados al tratamiento de problemas en el ámbito de la salud mental. En estos casos, se consideró como indicativa de la presencia de problemas de salud mental, como si lo hubiera señalado el entorno del suicida, al mismo tiempo que se consideró que la persona estaba en tratamiento. Por último, se registró la existencia de otros problemas de salud mental, que los informantes espontáneamente señalaran.

Junto con los problemas de salud mental, se exploró si existía o no alguna referencia a enfermedades crónicas, como hipertensión, diabetes, cáncer o cualquier enfermedad que hubiese podido generar discapacidad, sea física o mental.

Siguiendo con el análisis de los informes, se indagó si uno o más de los informantes mencionaba la existencia de Violencia Intrafamiliar, ya sea dirigida al cónyuge, o bien hacia el o los hijos. Se consideró como indicador de violencia la existencia de disputas, peleas, golpes o bien la referencia a violencia psicológica. También se consideró indicador de violencia la existencia de denuncias realizadas ante la justicia.

Por otro lado, se exploró la referencia a ideas suicidas que el o la suicida hubiesen expresado previo al hecho, ya sea a una o más personas. Los informes también señalan si es que existían o no intentos previos. A veces, los informes señalan si es que existe otro caso similar dentro de la familia, lo cual también fue registrado.

En el ámbito laboral, se exploró la ocupación habitual del o de la suicida y especialmente, si había alguna referencia respecto a si estaban trabajando o no y si estaba pasando por un período de cesantía.

Por último, se estudió el estado civil legal y real de cada caso. El estado civil legal, corresponde a los registros con que cada persona estaba inscrita en el Servicio de Registro Civil de Chile. Al momento de elaborar cada informe, la policía tuvo a la vista un certificado en que constaba tal dato y aparece registrado en cada informe. La misma información, es la que aparece en la base de datos de defunción y que fue estudiada en el capítulo 6. Tal como se explicó en ese momento, las posibilidades legales en Chile, hasta el año 2004, eran solamente tres: soltero, casado y viudo. Al mismo tiempo, y de acuerdo a la información entregada por los informantes en cada caso, se definió el estado civil real, es decir, cuál era la situación del suicida al momento de morir en lo que se refiere a conyugalidad. En este caso, las posibilidades son soltero, casado, viudo, separado o anulado y conviviente. Este ejercicio se hizo como una forma de validar o no la información entregada por el certificado de defunción.

Por último, se buscaron antecedentes que apuntaran a la existencia de eventos de vida, en las semanas o días previos al suicidio. Especialmente, se buscó la existencia de eventos de pérdida de figuras significativas para quién cometió el suicidio, es decir, rupturas familiares, rupturas de noviazgo, problemas judiciales, etc.

Resultados

Los casos seleccionados corresponden a suicidios ocurridos entre el 2 de enero de 1999 y el 23 de octubre del 2001. Del total de casos, 76 corresponden a suicidios ocurridos en 1999; 66 corresponden a casos ocurridos durante el año 2000 y 45 casos ocurrieron durante el año 2001.

Dadas las fechas de los casos seleccionados, se comparó la muestra con los suicidios ocurridos en Chile en los años 1999, 2000 y 2001. El promedio de edad de los suicidios registrados en Chile en esos tres años fue de 40,50 años; el promedio de edad de la muestra analizada acá fue de 40,53 años. La mediana de edad del universo es de 38 y la mediana de edad de la muestra es de 37. Por último, la relación hombre-mujer en los suicidios ocurridos en Chile en esos tres años es de 6,09, mientras que la misma relación en el caso de la muestra es de 5,48.

Relación de los informantes con el suicida

Los informes estudiados contienen un total de 453 relatos de personas que conocían a los suicidas. Es decir, para cada caso, se obtiene entre 1 y 9 relatos, con una media de 2,4 relatos por suicida. En torno a cada caso, se ordenaron los relatos según la cercanía del informante respecto al suicida. Esto se hizo en forma subjetiva, examinando los antecedentes que entregaba cada persona sobre la vida del suicida. En la tabla 9.1. se muestra la relación del informante más cercano al suicida, ordenados según frecuencia.

En el 23,3 por ciento de los casos, la información fue entregada por el esposo(a), mientras que el 16,4 por ciento de los casos, lo hizo el o la conviviente. Es decir, casi en un 40 por ciento de los casos, el informante era alguien que vivía o había vivido con el suicida en una relación de pareja.

Tabla 9.1.
Relación de parentesco de los informantes principales según sexo de el o la suicida

Parentesco	Sexo del suicida		Total	%	Mujer (%)	Hombre (%)
	Mujer	Hombre				
espos(a)	3	41	44	23,3	10,3	25,8
padre/madre	4	30	34	18,0	13,8	18,9
conviviente	5	26	31	16,4	17,2	16,5
hermano(a)	5	24	29	15,3	17,2	15,1
hijo(a)	5	16	21	11,1	17,2	10,1
otro pariente	3	10	13	6,9	10,3	6,3
otro	2	6	8	4,8	6,9	3,8
pololo(a)	1	4	5	2,6	3,4	2,5
amigo(a)	1	2	3	1,6	3,4	1,3
Total general	29	159	188		100	100

Sin embargo, esta frecuencia está dado fundamentalmente por la relación del informante en el caso de suicidios masculinos, dónde llega al 42,3 por ciento. En cambio, en el caso de que se trate de un suicidio femenino, la suma de la frecuencia del esposo o el conviviente llega sólo a representar 27,9 por ciento. En el caso del suicidio femenino, aparece con bastante frecuencia que el informante es un hermano(a) o hijo(a). En todo caso, la suma de la frecuencia de informantes que no son parte del grupo familiar del suicida, alcanza sólo a representar el 15,9 por ciento. Esta cifra es mayor en el caso de las mujeres, dónde la frecuencia de informantes que no son parte del grupo familiar llega al 24 por ciento. En cambio en el caso de los suicidas masculinos, esta frecuencia alcanza un porcentaje de 13,9 por ciento.

Problemas de salud mental.

De los 188 casos revisados, sólo en 23 no se hacía mención a ninguno de los tres problemas incorporados en la pauta de análisis, es decir, ni depresión, ni alcoholismo ni consumo de drogas, lo que representa el 12,2% de los casos. Sin embargo, aparte de los tres problemas señalados, los informantes mencionaron otros problemas de salud mental en 16 casos: esquizofrenia en 8 casos; retardo mental en 3 casos; epilepsia y retardo mental en 2 casos; psicosis alcohólica, enuresis, problemas conductuales, epilepsia, y psicosis en un caso cada uno. Estas frecuencias no se suman, ya que en algunas ocasiones, un mismo caso acumuló más de un diagnóstico. Finalmente, sólo en 13 de los 188 casos los informantes no entregaron antecedentes de que el suicida presentara algún problema de salud mental, lo que representa el 6,9% de los casos.

En la tabla 9.2. se muestran los resultados en lo que respecta a la existencia de depresión, alcoholismo y consumo de drogas ilícitas, de acuerdo a lo señalado por los informantes, según edad y sexo del suicida. Los resultados se muestran en porcentajes de personas que fueron señaladas en cada categoría.

Tabla 9.2.
Porcentajes de presencia de depresión, alcoholismo y abuso de drogas en 188 casos de suicidio ordenados según edad y sexo.

	Depresión (%)			Alcoholismo (%)			Drogas (%)		
	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total	Mujeres	Hombres	Total
10-19	66,7	28,6	40,0	33,3	57,1	50,0	33,3	28,6	30,0
20-39	70,0	56,6	58,1	10,0	33,7	31,2	0,0	22,9	20,4
40-64	76,9	73,2	73,9	0,0	41,1	33,3	0,0	3,6	2,9
65 y más	100,0	84,6	87,5	0,0	30,8	25,0	0,0	0,0	0,0
Total	75,9	63,5	65,4	6,9	37,1	32,4	3,4	14,5	12,8

En términos globales, el diagnóstico más señalado por los informantes fue la depresión, en el 65,4 por ciento de los casos. En relación al sexo, fue más señalada en el caso de las mujeres (75,9 por ciento) que en el caso de los hombres (63,5 por ciento). Si se consideran los grupos de edad, se puede ver que a medida que aumenta la edad, aumenta la referencia a la depresión en el relato de los informantes. Así, en el grupo de edad que va de los 10 a los 19 años, la depresión es mencionada en el 40 por ciento de los casos, mientras que en el grupo sobre los 65 años, la depresión se menciona en el 87,5 por ciento de los casos. Esta mayor referencia de la depresión, según aumenta la edad, se da en ambos sexos, si bien siempre los porcentajes son mayores en el caso de las mujeres.

En lo que respecta al alcoholismo, este es mencionado en el 32,4 por ciento de los casos. Claramente, según lo que aparece en los informes, son los hombres suicidas los más afectados por el consumo de alcohol. En ellos, el porcentaje es de 37,1 por ciento de los casos, mientras que en las mujeres se menciona sólo en el 6,9 por ciento de los casos. La distribución por edades, muestra que el consumo de alcohol es más mencionado en el caso de los suicidas hombres adolescentes, con un 57,1 por ciento de los casos. Posteriormente esta cifra baja y se mantiene en niveles entre el 30 y el 40 por ciento de los casos. Algo similar ocurre en el caso de las mujeres, ya que la mayor cifra aparece asociada a mujeres suicidas adolescentes, con un 33,3 por ciento. Luego baja a un 10 por ciento y no es mencionado el consumo en mujeres suicidas sobre los 40 años.

Por último, en lo que respecta al consumo de drogas, ella es mencionada por los informantes en el 12,8 por ciento de los casos. Nuevamente, la referencia es

mayor en el caso de los hombres, en que aparece mencionada en el 14,5 por ciento de los casos, mientras que en el caso de las mujeres, sólo se menciona en el 3,4 por ciento de los informes. Como en el caso del consumo de alcohol, la mayor cifra aparece mencionada en el grupo de suicidas hombres adolescentes, con un 28,6 por ciento de los casos. A continuación comienza a bajar la referencia, llegando a mencionarse sólo en el 3,6 por ciento de los hombres suicidas en el grupo comprendido entre los 40 y 64 años. Cabe hacer mención que por el bajo número de mujeres suicidas en la muestra (29 casos), sumado al hecho de que los casos se agrupan por edad, el porcentaje mencionado corresponde a sólo un caso de mujer, cuya edad era 18 años al momento de morir.

De los 123 casos en que se desprende la existencia de depresión, sólo en 33, es decir en el 26,8 por ciento, existen antecedentes como para afirmar que la persona había sido atendida por un profesional de la salud. En el caso de personas con problemas en el consumo de alcohol, 61 en total, sólo en 6, o sea un 9,8 por ciento había tratamiento por este problema. Por último, en los 24 casos de quienes aparecen abusando de drogas ilícitas, sólo en uno de ellos aparece el antecedente de haber sido visto por los equipos de salud.

Respecto a los otros problemas de salud mental mencionados por los informantes, y que suman un total de 16 casos, sólo en 3 se afirma que existía un tratamiento médico al momento de morir.

Violencia Intra familiar

De los 188 informes analizados, en 43 de ellos, es decir en el 23,4 por ciento, los informantes relataron situaciones de violencia intra familiar en las que se veía involucrado el suicida, ya sea como víctima o como agresor. En la tabla 9.3. se muestran los resultados, según la situación de conyugalidad real y el sexo del suicida en lo que se refiere a la violencia intra familiar.

De acuerdo a lo señalado por los informantes, el mayor porcentaje de violencia intra familiar se daba en situaciones de convivencia, con un porcentaje de 46,2 por ciento. Siguen en orden de frecuencia, las situaciones de separado(a) y casado(a). Al examinar la situación según el sexo del suicida, se puede ver que en el caso de los hombres, es mayor el porcentaje en que se refiere violencia intra familiar (26,4 por ciento). Dentro del grupo de hombres, el que presenta un mayor porcentaje es el grupo de hombres que vivía una situación de convivencia, en los cuales la violencia intra familiar aparece en el 51,5 por ciento de los casos. Sigue a continuación el grupo de hombres separados, con un 38,1 por ciento de los casos y en tercer lugar, el grupo de hombres casados, con un 29,2 por ciento de casos.

Tabla 9.3.
Antecedentes de VIF en 188 suicidios.
Distribución porcentual según sexo y situación conyugal de el o la suicida.

	Hombres		Mujeres		Total	
	VIF (+)	VIF (-)	VIF (+)	VIF (-)	VIF (+)	VIF (-)
Soltero	5,8	92,3	0,0	100,0	5,1	93,2
Casado	29,2	68,8	0,0	100,0	26,9	71,2
Viudo	0,0	100,0	25,0	75,0	11,1	88,9
Separado	38,1	61,9	0,0	100,0	27,6	72,4
Conviviente	51,5	45,5	16,7	66,7	46,2	48,7
Total	26,4	71,7	6,9	89,7	23,4	74,5

En el caso de las mujeres, es bueno tener en cuenta que se trata de un grupo muy pequeño. Recordemos que de los 188 casos analizados, 29 pertenecen al grupo femenino. Dentro de este grupo, el 6,9 por ciento aparece viviendo situaciones de violencia intra familiar, lo que corresponde a sólo dos casos. Uno de ellos, es el caso de una mujer viuda, que además padecía esquizofrenia, según informó su hermana. Pocos meses antes de suicidarse, murió su esposo, quién la maltrató física y psicológicamente durante muchos años.

De los 44 casos en que se refiere la existencia de violencia intra familiar, existen 22 en los cuales además se refiere un diagnóstico de depresión; 23 en que se refiere abuso de alcohol; 9 en que se refiere además consumo de drogas. Es decir, la presencia de violencia intra familiar habitualmente se asocia a algún otro problema de salud mental, especialmente abuso en la ingesta de alcohol o drogas. Por otro lado, existen 4 casos en que se confirma la existencia de violencia intra familiar y no se menciona ningún problema de salud mental. Ello significa que cerca del 10% de personas que estaban viviendo situaciones de violencia intra familiar, no presentaban problemas de salud mental, lo cual es similar a la cifra encontrada en el conjunto de suicidios de esta serie.

Ideas suicidas

De los 188 casos analizados, en 86 de ellos, es decir el 45,7 por ciento, se encontraron antecedentes como para afirmar que el o la suicida había expresado previamente ideas de suicidarse. No se aprecian diferencias en

términos del sexo del suicida: 48,3 por ciento en el caso de las mujeres y 45,3 por ciento en el caso de los hombres.

Intentos previos

Del análisis de los expedientes, se pudo ver que 51 personas, de 188, habían intentado previamente el suicidio, mientras que en otras 136 no existía este antecedente. En un caso no fue posible determinar si existía un intento previo o no. Es decir, se constató el intento previo en un 27,1% de los casos. En la tabla siguiente, se muestran los resultados según el sexo del suicida.

Tabla 9.4.
Intentos previos de suicidio, según sexo

Intento previo	Sexo		Total	En %	
	Hombre	Mujer		Hombre	Mujer
Sí	35	16	51	22,0	55,2
No	123	13	136	77,4	44,8
Indeterminado	1		1	0,6	
Total	159	29	188	100	100

Notas suicidas

En 46 casos, 24,5 por ciento, se encontró una nota suicida. Las notas son más frecuentes en el caso de suicidios de mujeres, 34,5%, que en el caso de los hombres, 22,6%. En el caso de las notas escritas por las mujeres, 10 en total, en 3 de ellas no se pudo determinar el destinatario, según los datos contenidos en el informe. En 2 casos, estaban dirigidas a varias personas y en otras dos estaban dirigidas al juez. En las otras tres notas, estaban dirigidas a los hijos, los amigos y en un caso se hallaron varias notas dirigidas a diferentes personas.

En el caso de los hombres, se hallaron notas suicidas en 36 casos de 159. A diferencia de las notas escritas por mujeres, 14 de estas notas estaban dirigidas a varias personas, pero otras 12 estaban dirigidas a la pareja. En otras cinco no fue posible determinar el destinatario, en 2 estaban dirigidas a los hijos, y una estaba dirigida al juez.

Enfermedades crónicas; cáncer

Uno de los temas que se ha abordado en la literatura, es la probabilidad que los pacientes afectados por cáncer desarrollen con más frecuencia una conducta suicida. En esta revisión, sólo se encontraron 4 casos en que coexistió el diagnóstico de cáncer con el suicidio y en que los informantes ligaron ambos hechos. En otros 3 casos, no se pudo determinar si efectivamente podía darse esta relación.

Situación de conyugalidad

En esta parte, se compara la situación de conyugalidad legal versus la real. En la tabla 9.5. se muestra el resultado de las frecuencias observadas al cruzar ambas variables.

Los datos contenidos en la tabla, señalan que la muestra estaba conformada por 85 solteros, 94 casados y 9 viudos, según su situación legal al momento de morir. Respecto a la situación de conyugalidad real, se aprecia que efectivamente existían 59 solteros, 52 casados y 9 viudos. Es decir, existe coincidencia entre el estado civil legal y el estado civil real del suicida en 120

de los 188 casos estudiados, lo que representa el 63,8% de la muestra. Dicho de otra forma, en el 36,2 por ciento de los casos, la situación de conyugalidad al momento del suicidio era diferente a lo que estaba registrado en el Servicio de Registro Civil y que aparece en el registro de defunción.

Siguiendo los criterios usados en el capítulo 6, se consideró a los convivientes como casados, mientras que los separados se consideraron solteros. Es decir, los convivientes-solteros (26) y los convivientes casados (15), se suman a los casados (52). Por otro lado, los separados/casados (27), se suman a la cifra de solteros (59). Hecha esta corrección, la cifra de casados llega a 93, mientras la cifra de solteros llega a 86. Como se puede apreciar, estos totales son casi idénticos a los calculados considerando el estado civil legal al momento de morir, en la muestra de 188 casos seleccionados en el estudio de casos.

Tabla 9.5.
Estado civil legal v/s situación de conyugalidad real

Situación de conyugalidad real	Soltero	Casado	Viudo	Total
Soltero	59			59
Casado		52		52
Viudo			9	9
Separado		27		27
Conviviente	26	15		41
Total	85	94	9	188

Dichos totales, en todo caso, son diferentes a los encontrados en el universo de los suicidios estudiados en el capítulo seis. En ese caso, las personas que aparecen como solteros son un 59,3 por ciento; los casados llegan a 38,5 por ciento, mientras que los viudos son un 1,8 por ciento. En el caso de la muestra que fue objeto del estudio de casos, los solteros representan al 45,7 por ciento, los casados al 49,5 por ciento y los viudos al 4,8 por ciento. Estas

diferencias se explican básicamente porque la muestra de 188 casos, elegido para efectuar el estudio presentado en este capítulo, fueron escogidos al azar, sin querer establecer una muestra representativa en torno a esta variable.

Ello no invalida la conclusión establecida recién, en el sentido de que existe una diferencia entre el estado civil legal y el estado civil real al momento de morir, al menos en el 36,2 por ciento de los casos. Y que también, estas diferencias se invalidan mutuamente en cuanto a la proporción que alcanzan en la muestra del estudio de casos llegando a totales similares si se toma en cuenta el estado civil legal. Lo que queda por evaluar, si es que en un estudio a mayor escala, se mantiene este efecto de neutralidad; si es que las diferencias se dan más en ciertos grupos que en otros (por ejemplo, hombres versus mujeres); si se dan más en ciertos grupos étnicos. Ello abre un margen de duda razonable respecto a la información obtenida en el análisis epidemiológico.

Situación de empleo

En primer lugar, se definió el grupo de personas que estaban en edad activa desde el punto de vista económico. En el caso de las mujeres, se trata de aquellas que al momento de morir tenían una edad entre 15 y 60 años. En el caso de los hombres, se trata de quienes al momento de morir tenían una edad entre 15 y 65 años. En total, se trata de 168 personas. Del análisis de los informes, se pudo precisar quiénes estaban trabajando y quienes estaban viviendo una situación de cesantía. En 74 casos, los informes no entregaban datos suficientes como para saber si estaban trabajando o no. En la tabla siguiente, se muestra la distribución en porcentaje y por sexo de estas cifras.

Tabla 9.6.
Situación laboral de suicidas.
Distribución porcentual según sexo

	Activo	Cesante	No precisa	Total
Hombre	33,8%	14,5%	46,9%	100
Mujer	65,2%	8,7%	26,1%	100
Total	38,1%	13,7%	44,0%	100

Del total de casos analizados, en un 44 por ciento no fue posible determinar si la persona estaba trabajando o no. Este porcentaje es mayor en el caso de los hombres, 46,9 por ciento, que en el caso de las mujeres, 26,1 por ciento. Destaca también el hecho de que existían más hombres cesantes: 14,5 por ciento sobre el total de hombres en edad de trabajar, mientras que la misma cifra, en el caso de las mujeres, llega a un 8,7 por ciento. Inversamente, aparece una mayor cantidad de mujeres activas trabajando, con un total de 65,2 por ciento sobre el total de mujeres. La misma cifra, en el caso de los hombres, es de un 33,8 por ciento. En general, se puede ver que la condición de cesantía afecta a un 13,7 por ciento de la muestra.

Eventos vitales

Los informantes mencionaron la existencia de eventos vitales cercanos a la fecha de muerte del suicida, o bien, problemas más lejanos, pero que aún producían efecto en la vida psicológica o anímica del suicida. Muchas veces, incluso, la investigación del caso concluía con una anotación en la que señalaba el porqué del acto suicida. De los 188 informes analizados, en 93 de ellos no se encontró un evento vital que cumpliera con estas características, es decir, en el 49,5 por ciento de los casos. En los otros 95 fue posible asegurar al menos

un evento. La distribución porcentual de los casos en que sí se pudo identificar un evento, según sexo, se muestra en la siguiente tabla.

El evento más mencionado, se refiere a la ruptura de una relación sentimental o de pareja. Este evento es mencionado en el 53,7 por ciento de los casos. A continuación, aparecen los eventos relacionados con problemas económicos, cesantía o amenaza de cesantía, el cual es mencionado en el 22,1 por ciento de los casos. Luego aparecen los eventos relacionados con conflicto intra familiar o la presencia de violencia intra familiar, con un 13,7 por ciento de los casos, y los problemas con la justicia, con un 5,3 por ciento de los casos.

Tabla 9.7.
Eventos vitales ocurridos antes del suicidio, según sexo.
Porcentajes

	Mujer	Hombre	Total
Ruptura sentimental	46,7%	55,0%	53,7%
Problemas económicos, cesantía, amenaza de cesantía	13,3%	23,8%	22,1%
Problemas con la justicia	0,0%	6,3%	5,3%
Conflicto y VIF	20,0%	12,5%	13,7%
Duelo prolongado	6,7%	2,5%	3,2%
Problemas de salud propio o de un cercano	13,3%	0,0%	2,1%

Es conveniente considerar que en algunos casos se mencionó más de un evento. Por ejemplo, en ciertos casos se mencionó una ruptura matrimonial por violencia intra familiar. En estos casos, se consideró el último evento (ruptura matrimonial). Lo mismo se hizo en aquellos casos en que el suicida estaba acusado ante la justicia por abusos sexuales a menores. En estos casos, se consideró como último evento la acusación ante la justicia.

En la tabla se puede ver que además existe una diferencia por género. En el caso de los hombres, los eventos más mencionados son la ruptura de una relación sentimental y los problemas económicos. En el caso de las mujeres, también aparece la ruptura sentimental como el evento más frecuente, seguido por la existencia de conflicto y violencia intra familiar. A continuación, con los mismos porcentajes, aparecen los problemas económicos y los problemas de salud propios o de un cercano.

Discusión

En primer lugar, es necesario considerar que lo expuesto en el presente capítulo no corresponde necesariamente a un estudio basado en la metodología de Autopsia Psicológica, tal como se mostró en la introducción. Dichos estudios se basan principalmente en entrevistas, con mayor o menor profundidad, que son respondidas por uno o más de aquellas personas que conocieron al suicida. La estructura de la entrevista está determinada por los fines del grupo de investigadores. Este estudio se aparta de esta metodología. En primer lugar, porque se usó un análisis basado en entrevistas ya realizadas. Además, si bien se encontró una estructura relativamente uniforme en los análisis, ella no obedecía a algún objetivo de investigación científica, sino que respondía a una necesidad de carácter judicial.

Estas limitaciones obedecen principalmente al hecho de que un estudio, usando la metodología de la Autopsia Psicológica, resulta caro y prolongado en el tiempo. Además, muchos de los instrumentos que aparecen en la literatura

debieran ser adaptados a la realidad chilena, ya que hasta hoy no tenemos conocimiento de algún estudio con estas características. Por último, en la revisión de la literatura aparece como un requisito necesario que una investigación de este tipo sea llevada adelante por un grupo de investigadores, ya que en general se trata de una técnica que usa metodologías cualitativas, que en cierto momento requieren arribar a conclusiones en base al consenso de los investigadores.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones señaladas, este estudio de casos se puede considerar como un primer acercamiento que permita conocer un conjunto de datos referidos a la situación vital del suicida antes de morir. Como se verá a continuación, los resultados se acercan a lo encontrado en estudios que aplicando dicha metodología, llegan a resultados similares.

Una primera conclusión, surge del hecho de analizar la relación que tenían los informantes con el suicida. En algunos estudios se explora esta relación, en el sentido de asumir que mientras más cercana es la relación, más confiables son los datos que se recogerán en la entrevista. Más aún, algunos estudios en su diseño optan por entrevistar al informante más cercano posible al suicida, considerando que debe ser una persona que haya vivido con él. En este sentido, recordemos que en nuestro trabajo el informante principal era el esposo(a) y el o la conviviente, que juntos representan al 40 por ciento de los informantes principales. Recordemos, además, que del análisis de los informes, aparece que en promedio cada uno de ellos tenía 2,4 entrevistados por caso. Habitualmente, aparte del esposo(a) o conviviente, el segundo entrevistado también pertenecía al círculo familiar: hermano(a), hijo(a), padre o madre. Es decir, en casi todos

los casos, se trataba de personas que habían convivido durante muchos años con el suicida.

También llama la atención el hecho de la diferencia por género del tipo de informantes: en el caso del hombre que se ha suicidado, aparece con más frecuencia la esposa o la conviviente, mientras que si es una mujer la que se ha suicidado aparece con más frecuencia un informante principal que es hijo(a) o hermano(a) de la mujer suicida. Es posible que este hecho se deba a que el análisis del estado civil real en esta muestra, señala una mayor frecuencia de mujeres solas, es decir, sin relación de pareja. Efectivamente, si se suma a quiénes eran solteras, más las separadas y las viudas, representan al 65,5 por ciento de las mujeres. En cambio, en el caso de los suicidios masculinos, la suma de los solteros, separados y viudos llega al 48,4 por ciento. Inversamente, la cifra de hombres casados representa al 51,6 por ciento de los casos, mientras que las mujeres casadas llegan sólo al 34,5 por ciento. De ahí que al momento de entrevistar a informantes cercanos, en el caso de las mujeres, aparece con menos frecuencia la figura del esposo o conviviente. Recordemos, eso sí, que estamos hablando de la distribución al interior de una muestra, lo cual no nos debe hacer pensar en las diferentes tasas que encontramos en los grupos definidos según el estado civil y de lo cual hablaremos más adelante.

El otro tema relevante en nuestros resultados, son la cifras encontradas de personas afectadas por problemas en el ámbito de la salud mental. De acuerdo al análisis hecho a partir de los informes, sólo el 7 por ciento de las personas que se suicidaron no presentaban ningún problema de salud mental. Esta cifra es concordante con lo que señalan algunos estudios basados en informes

recogidos directamente desde los informantes. Los estudios llevados a cabo en Chile, señalan que no más de un 40 por ciento de la población general presenta algún problema de salud mental.

Por otro lado, también es concordante el tipo y la distribución de los problemas de salud mental encontrados, especialmente lo referido a depresión, consumo de alcohol y drogas.

Respecto a las cifras de depresión, estas van aumentando a medida que aumenta la edad del suicida, lo cual ha sido referido por otros autores. En términos comparativos, se pueden citar las cifras de depresión en la población general en Chile, según un estudio realizado entre los meses de abril y diciembre del año 2003 (Ministerio de Salud, 2003)¹⁰. En dicho estudio, se encontraron tasas de prevalencia de depresión de 17,5 por ciento. La prevalencia fue menor en el caso de los hombres, con un 10,4 por ciento, que en el caso de las mujeres, dónde alcanzó la cifra de 24,3 por ciento. En el mismo estudio, se encontraron cifras de prevalencia de depresión actual, es decir en el último mes, de 2,1 por ciento en el caso de los hombres y de 8,0 por ciento en el caso de las mujeres. Por último, en cuanto a la distribución por edad, se concluyó que era más frecuente en las edades medias, es decir, entre 25 y 65 años.

Si comparamos los hallazgos de dicho estudio, con las cifras que se desprenden de los datos de la presente muestra, claramente se ve que en este último grupo las cifras de depresión superan largamente a las cifras de prevalencia en la población general. Además, entre los suicidas se aprecia un aumento de las

cifras de prevalencia a medida que avanza la edad, situación que no se da en la población general.

El alcoholismo también aparece en varios de los estudios internacionales que miden la prevalencia de problemas de salud mental entre los suicidas. Si se comparan los datos de la presente muestra con los datos chilenos, vemos que nuevamente se encuentran cifras mayores en el caso de los suicidas. En Chile se realizó una encuesta para medir la calidad de vida de la población en el año 2000 (Ministerio de Salud, 2000)¹¹. Dentro de las preguntas formuladas a los participantes, se incorporó la Encuesta de Bebedor Problema (EBBA). De acuerdo a los resultados de este estudio, se calculó una tasa de consumo exagerado de alcohol de 16,5 por ciento de la población general. Entre los hombres, la cifra fue de un 29,9 por ciento, mientras que en las mujeres, los resultados alcanzaron a un 5,5 por ciento. En el caso de la presente muestra, se puede ver que la cifra general, en el caso de los suicidas, es de un 32,4 por ciento, lo cual significa superar en casi dos veces la cifra encontrada en la población general. En el caso de los hombres suicidas, la cifra fue de un 37,1 por ciento, es decir casi 7 puntos porcentuales superior a la cifra de la población general. En el caso de las mujeres, las cifras son más cercanas: 6,9 en el caso de las suicidas contra un 5,5 en el caso de la población general.

Un hecho que vale la pena clarificar, es que no se trata de afirmar que la depresión o el consumo exagerado de alcohol sea la base que explique los casos de suicidio, cuestión que también ha sido abordada por otros autores, como Dumais y cols (2005)¹². En el estudio que ellos realizaron parten constatando que no todas las personas afectadas por depresión terminan cometiendo un

suicidio. Ellos apuntan a otros rasgos que afectarían a las personas que sufren de depresión, específicamente a la impulsividad y la agresividad. Su estudio está circunscrito a 104 sujetos masculinos que cometieron suicidio a los cuales los comparan con otros 74 afectados por depresión mayor pero cuya historia médica no tenía el antecedente de haber desarrollado una conducta suicida. Los hallazgos de su estudio muestran que las diferencias entre ambos grupos estuvo dado por una mayor dependencia al alcohol y las drogas en el grupo de suicidas. Al mismo tiempo, señalan una mayor prevalencia de problemas de desórdenes de personalidad tipo B en quienes se suicidaron. El otro hallazgo interesante de este estudio, es que al separar el grupo estudiado entre mayores y menores de 40 años, se apreció que entre los más jóvenes predominaba con mayor fuerza la dependencia al alcohol y una historia de abuso o dependencia de drogas. Por último, los suicidas más jóvenes tenían al mismo tiempo una mayor prevalencia de rasgos impulsivos y agresivos, en comparación a otros hombres, de la misma edad y también deprimidos.

En resumen, los hallazgos del estudio recién citado señalan que la depresión por sí sola no es suficiente como para explicar la conducta suicida. Se requieren además la existencia de otros rasgos de personalidad como la impulsividad y la agresividad. Y estos dos rasgos se dan con mayor prevalencia en las personas más jóvenes que cometen suicidio.

Estos datos confirman lo planteado en el capítulo anterior, cuando se postuló que el consumo de alcohol juega un papel en la ocurrencia del suicidio. De acuerdo a la pauta de análisis que hemos aplicado, no se trata de un consumo agudo. Las referencias que aparecen en las historias de vida de los suicidas,

apuntan a un consumo crónico, de larga duración, suficiente como para haber producido disrupciones en el entorno del suicida.

También, en el caso del consumo abusivo de drogas ilícitas, la literatura internacional ha señalado su importancia. Para comparar los resultados del estudio de casos con datos chilenos, tomamos los resultados entregados por la Comisión Nacional para el Control de los Estupefacientes (CONACE), entidad que realiza encuestas de seguimiento desde hace algunos años en Chile, para conocer la extensión en el consumo de drogas. Según los datos encontrados a fines del 2002 (CONACE, 2002)¹³, el 5,68 por ciento de la población había consumido algún tipo de drogas ilícitas en el último año. En la presente serie, la cifra encontrada fue de 12,8 por ciento, es decir, cercana al doble que en la población general. La relación entre hombres y mujeres en el estudio de la población general, muestra una diferencia de 4 a 1, cifra similar a la que encontramos en este estudio. Además, se constata un mayor consumo en la población más joven, con un máximo en el grupo entre 19 y 25 años de edad. En ese sentido, se da una diferencia con los casos de los suicidas, dónde la mayor cifra se encuentra en el grupo entre los 10 y 19 años de edad.

En nuestra serie, encontramos 8 casos, es decir un 4,25 por ciento de personas afectadas por esquizofrenia. De estas personas, 2 corresponden a mujeres, lo que equivale a un 6,9 por ciento del total de mujeres, mientras que 6 corresponden a hombres, o sea un 3,8 por ciento del grupo masculino. En un estudio realizado en población general en Chile, Vicente y cols. (2002)¹⁴. encontraron que la cifra de prevalencia de esquizofrenia en población mayor de 15 años era de 0,9 por ciento; 1,1 por ciento para las mujeres y 0,6 por ciento

para los hombres. Cifras similares se entregan desde el Ministerio de Salud (2001)¹⁵, quién señala que el 1,02 por ciento de la población mayor de 15 años presenta este trastorno. A nivel mundial, se señala una prevalencia de un 1 por ciento (Handal, 1997)¹⁶.

En un estudio realizado en China (Phillips, 2004)¹⁷, los autores encontraron que la tasa de esquizofrenia, en población mayor de 15 años, era mayor en mujeres que en hombres. Para las mujeres, la tasa es de 0,60, mientras que para los hombres es de 0,34 por ciento, lo que arroja una relación de 1,77. La tasa de suicidios en individuos con esquizofrenia sobre los 15 años, fue de 6,8 por 1.000 personas, lo que representa un riesgo relativo para quienes presentan esquizofrenia de 23,8 veces en comparación a quienes no presentan este trastorno. Por último, según sus datos, un 9,67 por ciento de los suicidios eran atribuibles a la esquizofrenia.

Lo anterior refuerza un hecho que es habitual en la literatura, en el sentido de que la esquizofrenia es, dentro de las enfermedades del área de salud mental, una de las enfermedades que aparece habitualmente ligada al suicidio. Un número considerable de personas afectadas por esquizofrenia en algún momento de la evolución de su enfermedad intenta suicidarse. En nuestra serie, tres de las ocho personas con antecedentes de esquizofrenia intentaron suicidarse previamente.

Junto con la presencia de problemas en el área de la salud mental, destaca la presencia de violencia intra familiar. En Chile no existen datos oficiales o con un mínimo de representación como para efectuar una comparación que permita

saber si acaso la violencia intra familiar es más o menos frecuente entre quienes se suicidan que en la población general. Hay, sin embargo, algunos datos que nos permiten contextualizar este hallazgo.

En primer lugar, el Ministerio de Salud, señala, en el Programa de Salud Mental y Psiquiatría¹⁸, que cerca del 33,6% de las mujeres viven algún grado de violencia en sus relaciones familiares. Por otro lado, el Ministerio del Interior lleva una cifra en que se consolida, a nivel nacional, las denuncias efectuadas por distintos delitos. Dentro de este registro, aparece la violencia intra familiar. En el año 2001 la tasa de denuncias era de 406,2 por 100.000 habitantes. Paulatinamente ha comenzado a subir y el año 2004 la tasa llegó a ser de 560,8 por 100.000 habitantes. Es decir que en términos porcentuales la incidencia de la violencia intra familiar sería de 0,56 por ciento.

Si consideramos esa tasa de incidencia y la multiplicamos por el número de personas que viven dentro de una familia, que en Chile es aproximadamente 3,2 personas según el censo del año 2002, podríamos llegar a la conclusión de que el número de personas que viven en situación de violencia sería de 1,68 por ciento. Sin embargo, esta cifra debiera ser mayor, puesto que en el mismo censo se vio que un 11,6 por ciento de los hogares son unipersonales. En todo caso, el número de personas que viven en situaciones de violencia intra familiar, es una cifra aún desconocida. Persiste el temor y la vergüenza de muchas personas que se resisten a asumir esta experiencia, y que por lo mismo no efectúan denuncias.

Por otro lado, el Servicio Nacional de la Mujer ha efectuado distintas mediciones a nivel regional para conocer la prevalencia de violencia intra familiar. Al hablar de prevalencia, se busca determinar el porcentaje de mujeres que han experimentado algún tipo de violencia en una relación de pareja durante toda su vida. Estos estudios se han realizado desde el año 2001 y han cubierto 4 de las 13 regiones del país. De acuerdo a sus resultados, el porcentaje de mujeres que dicen haber sufrido algún tipo de violencia, ya sea física, psicológica o sexual, alguna vez en su vida en una relación de pareja, oscila entre 47 por ciento y 55,3 por ciento. De las diferentes formas de violencia, la más frecuente es la violencia psicológica, con porcentajes que oscilan entre 42 y 49 por ciento (SERNAM, 2006)¹⁹.

En casi todos los estudios que se han realizado sobre la violencia intra familiar, quiénes son encuestadas son las mujeres. En este estudio, sucede algo similar, ya que si bien quiénes se suicidan son mayoritariamente hombres, quiénes informan de su situación en el tiempo previo a la muerte, eran sus cónyuges. Por lo que se puede suponer que no existe un sesgo de género en cuanto a los informantes.

La cifra de violencia intra familiar, debe ser evaluada sobre todo en quienes vivían una relación de pareja: aparece en el 29 por ciento de los casados, el 38 por ciento de los separados y el 51 por ciento de los convivientes. Es decir, la cifra consolidada señala que el 38,2 por ciento de los hombres que estaban viviendo o habían vivido una relación de pareja, habían experimentado la violencia intra familiar. No consideramos el caso de las mujeres, porque se trata de pocos casos (2 sobre 29), lo que puede llevar a errores.

Además, se debe considerar que los informantes describen el contexto más próximo a la muerte del suicida. De ahí, que más que hablar de una cifra de prevalencia, se está describiendo una cifra de incidencia, es decir, de la presencia actual o relativamente próxima del problema. Así, esta cifra debe compararse más bien con estudios o datos que hablan de cifras de incidencia.

Los resultados señalados sobre el destinatario de las notas suicidas refuerza la idea de que el suicidio es, en muchos casos, un evento que tiene un sentido comunicacional. A través del suicidio, la persona busca enviar un mensaje. Se puede ver, que en la mayor parte de los casos, dicho mensaje está dirigido a algún miembro del grupo familiar. En el caso de las mujeres, predominan los mensajes dirigidos a los hijos y no encontramos referencia a notas suicidas dirigidas a la pareja. En cambio, en el caso de los hombres, 12 de las 36 notas encontradas estaban dirigidas a la pareja. Además, en otras 14, que clasificamos como notas dirigidas a varias personas, se pudo ver que también estaba incorporada la pareja.

El estudio de las notas suicidas puede arrojar interesantes luces acerca del mundo relacional del suicida. De la revisión del expediente, en algunos casos se pudo examinar una copia de la nota. En otros, sin embargo, sólo se encuentra una referencia que hace el policía a cargo de la investigación. Hay algunas notas que son extensas, y se asemejan más a una carta. En cambio otras, son sólo algunas palabras escritas en cualquier papel disponible para el suicida.

Por otro lado, nuestros datos no permiten afirmar que el suicidio sea consecuencia de un cáncer, como ha sido explorado en la literatura. Sin embargo, encontramos que en 27 casos se afirmaba la existencia de alguna enfermedad crónica. Las más frecuentes eran secuelas de Accidentes Vasculares Encefálicos, o situaciones diversas que habían producido algún grado de discapacidad física (9 de 27 casos).

El estudio de la conyugalidad real de los suicidas al momento de morir, confirmó la idea de que efectivamente los datos contenidos en el certificado de defunción no son reales, al menos, no en el cien por ciento de los casos. Tal como se señaló anteriormente, sólo en el 63,8 por ciento de los casos, la información de los certificados de defunción y que alimentan las bases de datos oficiales, reflejan el estado real de la persona al momento de morir en lo que se refiere al estado civil o estado de conyugalidad. Se puede agregar a este grupo, el de los casados-convivientes, en el sentido de que efectivamente se habla de una persona que al momento de morir estaba viviendo una relación de pareja. En este caso, la concordancia sería de un 71,8 por ciento.

Pero por otro lado, si se hacen las correcciones pertinentes, como se hizo anteriormente, se puede ver que las cifras totales prácticamente no se alteran. Ello, porque las personas que cambian de categoría conyugal son prácticamente idénticas: 27 casados separados (que pasan a considerarse como solteros) junto con 25 solteros convivientes (que pasan a considerarse casados).

Esto refuerza los hallazgos que se mostraron en el capítulo seis, en el sentido de que si bien existen errores en las clasificaciones del estado civil de las

personas, estos errores se anulan mutuamente. Tal vez, sea conveniente estudiar con un universo mayor si es que acaso los dos grupos que acabamos de señalar son comparables entre sí. Por ejemplo, los casados-separados, posiblemente sean de edades mayores que los solteros-convivientes.

¹ Hietanen, P.; Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Jallinoja, P. (1994). Do cancer suicides differ from others? *Psycho-oncology*. 3, 189-195.

² Suominen, K. y cols. (2003). Nursing home-suicides – a psychological autopsy study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 18, 1095-1101.

³ Harwood, D.; Hawton, K.; Hope, T.; Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 16, 155-165

⁴ Cavanagh, J.; Owens, D.; Johnstone, E. (1999). Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study using the method of psychological autopsy. *Soc Psychiatry Epidemiol.* 34, 645-650.

⁵ Chiu, H.F.K. y cols. (2004). Elderly suicide in Hong Kong – a case-controlled psychological autopsy study. *Am Psychiatr Scand*. 309: 299-305

⁶ Luoma, J.B.; Martin, C.E.; Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry*. 159, 909-916

⁷ Gustafsson, L.; Jacobsson, L. (2000). Interviewing significant others by telephone as part of a modified psychological autopsy. *Nord J Psychiatry*. 54, 127-133

⁸ Cheng, T.A.C. y cols. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry*. 117, 360-365.

⁹ Conner, K.; Duberstein, P.; Conwell, Y. (2001). The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. I. Psychiatric diagnoses. *Acta Psychiatr Scand*. 104: 204-209

¹⁰ Primera Encuesta de Salud (2003). Ministerio de Salud, Santiago, Chile.

¹¹ Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. (2000) Departamento de Epidemiología y Departamento de Promoción de la Salud. Ministerio de Salud, Santiago, Chile

¹² Dumais, A. y cols. (2005). Risk Factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry*. 162, 2116-2124

¹³ Quinto estudio Nacional de Drogas en la población general de Chile. (2002). CONACE. Santiago, Chile

¹⁴ Vicente, B. y cols. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). *Rev Med Chile*. 130(5), 527-536

¹⁵ Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. (2001). Unidad de Salud Mental. Ministerio de Salud, Santiago, Chile.

¹⁶ HANDAL N., Norma e H. DODDS, Jon. (1997). Rates of first hospital admissions for schizophrenia in Costa Rica. *Rev Panam Salud Publica*. 1,(6), p.426-434. [cited 28 May 2006]

¹⁷ Phillips, M. y cols. (2004). Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective study. *Lancet*. 364, 1062-68

¹⁸ *Ib.* 15.

¹⁹ Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar en la Región de Los Lagos. Primeros resultados sobre violencia conyugal. (2006). SERNAM, Puerto Montt, Chile.

Discusión

En febrero de 1993, David Shaffer (Shaffer, 1993)¹ escribía en la editorial del *American Journal of Public Health*, lo siguiente: "*Aproximadamente 30.000 americanos cometen suicidio cada año. La significación para la salud pública de las muertes por suicidio ha sido enfatizada por el reciente establecimiento del Centro Nacional para la Prevención y Control de las Injurias del Centro para el Control de las Enfermedades. Una meta principal del nuevo Centro es la identificación de los métodos efectivos de prevención del suicidio.*" Y a continuación él se pregunta, "*¿Qué sabemos acerca de las causas del suicidio?*"

Esta editorial pone de relieve al menos dos hechos interesantes. En primer lugar, el hecho que la mortalidad por suicidio ha pasado a ser un tema relevante en el ámbito de la salud pública. En segundo lugar, que ante cada desafío de la medicina, lo primero es preguntarse por "*la causa*".

Efectivamente hoy día, la mortalidad por suicidio ha comenzado a ser un tema prioritario, al menos en algunos países. Así como antes lo fueron las enfermedades infecciosas, hoy lo es la muerte por cáncer, las enfermedades crónicas y las muertes por violencia. En el comienzo del siglo 21 está claro que el perfil de mortalidad de la mayor parte de las sociedades en el mundo ha sido modificado. Estas modificaciones no han sido iguales en los distintos países, en el sentido de su velocidad o profundidad. Pero en el mundo desarrollado occidental, claramente la mortalidad por enfermedades infecciosas ha alcanzado niveles bajos. En los capítulos precedentes, también hemos visto que

en el caso de Chile, ubicado a medio camino entre ser un país en vías de desarrollo hacia ser uno desarrollado, la modificación del perfil de mortalidad ha seguido muy de cerca las modificaciones encontradas en los últimos, fenómeno que también observamos en otros países.

Hasta comienzos del siglo 20, la preocupación fundamental era el control de las muertes por enfermedades infecciosas. Ello permitió aumentar las expectativas de vida, que, en el caso chileno, entre 1919 y 1922 era de 31,54 años. Actualmente, en los años 2001 y 2002, la expectativa de vida llega a 77,36 años. Algunos autores sostienen que la preocupación fundamental ha sido contar con una población más sana, no tanto por razones humanitarias o por convicciones filosóficas, sino que se requería contar con una masa de personas sanas como insumo para el desarrollo económico. Sea como sea, lo concreto es que estos cambios se produjeron.

Por otro lado, se mantiene la discusión acerca de cuál ha sido el factor determinante que explica esta baja de mortalidad. Existen variados antecedentes que señalan que la mortalidad por enfermedades infecciosas comenzó a bajar a mediados del siglo 19, es decir antes del advenimiento de la medicina científica. Los factores que iniciaron esta baja, habrían sido el efecto de políticas de sanidad pública, como el mejoramiento en el abastecimiento de agua, en la forma de disponer las basuras y desechos y cambios en la alimentación. Sin embargo, posterior a esta fecha sí se puede rastrear el impacto de la medicina en la disminución de la mortalidad, especialmente aquella derivada de las enfermedades infecciosas. En la segunda mitad del siglo 19, se produjeron avances importantes, a partir de los trabajos de Koch,

Pasteur y Virchow. Estos tres investigadores comenzaron a definir de otra manera el concepto de enfermedad prevaleciente hasta esa época. La enfermedad ya no era concebida como un castigo divino, ni como un hecho producido por alguna fuerza extraña. Los trabajos de Pasteur, primero, y de Koch a continuación, demostraron que en el caso de las enfermedades infecciosas, estas eran producidas por gérmenes plenamente identificables. Ello permitió consolidar el paradigma de la *especificidad* en el origen de las enfermedades.

Durante el siglo 20, el paradigma de la especificidad permitió avances notables, lo que consolidó la idea de que cualquier avance de la medicina se produciría con estricto apego al método científico. Si se quería controlar la muerte y los daños producidos por la polio, por ejemplo, se debía buscar *la causa* de este mal. Luego, una vez identificada dicha causa se podían combatir sus efectos deletéreos y al mismo tiempo se podían diseñar estrategias de prevención.

Sin embargo, hacia fines del siglo 20, el paradigma en curso comenzó a mostrar sus debilidades o a mostrar sus insuficiencias. El mismo éxito con que había sido aplicado en la primera mitad del siglo 20, con una disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas, produjo la aparición de nuevos problemas, como las enfermedades crónicas, el cáncer y los problemas de salud mental. El uso del método científico, con su correspondiente paradigma de la especificidad, claramente no ha permitido señalar que frente a estos problemas existe *una causa* específica.

Por otro lado, persiste un número de enfermedades infecciosas en las cuales el optimismo inicial ha debido ceder frente a una realidad distinta a lo que inicialmente se había pensado. Es el caso del SIDA, por ejemplo. En los primeros años de aparición del SIDA y de sus primeras víctimas, se afirmó con gran optimismo que una vacuna estaría disponible a más tardar en el año 2000. Los plazos se han cumplido y hasta hoy no se cuenta con esta herramienta. Por otro lado, los esfuerzos desplegados en el campo de la salud pública, sobre todo aquellos dirigidos a la modificación de conductas de riesgo, han logrado, más en algunos países que en otros, que el número de casos sea menor a las proyecciones iniciales.

Y aquí aparece el otro hecho interesante en la editorial que comentamos. ¿Es necesario seguir buscando respuestas a los problemas presentes, basándose en el paradigma de la especificidad? Definitivamente no. Basados en el paradigma de la especificidad, la medicina ha intentado vanamente modificar los daños producidos por enfermedades como la hipertensión o la diabetes. Sin embargo, a poco andar, se vio que tampoco existía *una causa* específica para estas enfermedades. Se llegó a la conclusión, entonces, que frente a determinados tipos de enfermedades, como las que estamos señalando, el concepto de *causa específica* debía ser reemplazado por la noción de *factores de riesgo*.

La noción de factores de riesgo se asocia a una serie de comportamientos, hábitos o costumbres que, en caso de estar presentes, se relacionan significativamente con la aparición de una enfermedad. Es el caso del consumo de tabaco, ciertas formas de alimentación, o ciertas formas de desarrollar una conducta sexual. La noción de factores de riesgo no cumple con el requisito de

la especificidad, desarrollado a partir del estudio de las enfermedades infecciosas. Por ejemplo, en el caso del uso del tabaco, es posible que la persona no desarrolle ningún tipo de enfermedades o bien puede desarrollar una entre varias, como el cáncer pulmonar, el cáncer de vejiga, la enfermedad bronquial obstructiva crónica, una mayor posibilidad de sufrir un infarto al miocardio, entre otras. Luego, los factores de riesgo no se adaptan al paradigma vigente precisamente en lo que ha tenido de más exitoso.

En todo caso, la introducción del concepto de factores de riesgo ha sido de mucha utilidad en el rediseño de los programas de prevención y promoción de la salud. Hasta hace algunos años atrás, las labores de prevención y promoción estaban diseñadas a partir de la ocurrencia de ciertas enfermedades en particular. Se diseñaban estrategias para prevenir la hipertensión, o la diabetes. Se actuaba según el paradigma vigente, lo que hacía que frente a una enfermedad se identificaran factores que favorecían su aparición o dificultaban su manejo. A poco andar se pudo ver que las acciones emprendidas para el control de algunas enfermedades eran similares en cuanto a lo que se quería modificar. De ahí que en el último tiempo las acciones de promoción y prevención de enfermedades se comienzan a articular en base a factores de riesgo y ya no en base a enfermedades específicas. Se ha abandonado el campo de las enfermedades y se comienza a caminar hacia el campo de la calidad de vida.

La medicina, en su afán de hacer que las personas vivan más, ha identificado factores de riesgo y ha diseñado estrategias para combatirlas. Su éxito, es medido por la prolongación de la expectativa de vida, lo cual ha planteado una

dificultad adicional para los gestores de política. Porque si se está actuando sobre factores de riesgo, el éxito ya no se puede medir en función de la ocurrencia o no de una o más enfermedades. No era lo que ocurría en el caso de las enfermedades infecciosas. En este caso, si se dispone de una vacuna, el éxito en una campaña de prevención será una disminución de la aparición de esa enfermedad. En este sentido la medicina occidental mira con cierta añoranza la simpleza del esquema desarrollado en el caso de las enfermedades infecciosas. Para enfrentar los desafíos actuales, tal esquema no es posible. A lo más, el éxito de estas campañas se podrá medir por la presencia o ausencia del factor de riesgo en una comunidad. La modificación del perfil de morbilidad y de mortalidad aparece sólo como un argumento de segundo orden en la discusión de las políticas de promoción.

En todo caso, el éxito en las campañas de promoción sigue siendo una mejora en la expectativa de vida de una sociedad. A su vez, este índice aparece frecuentemente entre los parámetros que informan del grado de desarrollo de un país. Nadie cuestiona los ranking que distintas agencias internacionales, especialmente las ligadas al mundo financiero, elaboran cotidianamente, y que establece cuánto más o cuánto menos es el desarrollo de un país. La medicina está contribuyendo abiertamente a este paradigma del desarrollo, lo cual hace pensar que no es descabellado suponer que efectivamente las motivaciones iniciales de la ciencia médica no han sido necesariamente mejorar la calidad de vida de las personas, sino que lograr un mayor desarrollo, aguijoneado por el pensamiento económico.

La noción de factores de riesgo se ha ampliado últimamente con la aparición de un nuevo concepto, que habla de los *determinantes sociales de la salud*. Sin querer obviar la complejidad del tema y sin querer simplificar demasiado el debate, la gran diferencia entre los factores de riesgo y los determinantes sociales, es que en los primeros aparece con fuerza el comportamiento humano, mientras que en los segundos lo que aparece con más importancia son situaciones que afectan a la salud de las personas, pero que son independientes de su comportamiento. En los factores de riesgo, es la persona el centro de responsabilidad. En los determinantes sociales, es la sociedad la responsable de su producción y mantención.

Wilkinson y Marmot (2003)², señalan que dentro de los principales determinantes sociales de la salud, están el cuidado en la infancia, la exclusión social, las condiciones de trabajo y el desempleo, el sostén social, las adicciones, la alimentación y las políticas de transporte. Como trasfondo, también señalan la importancia de la gradiente social y el stress. En definitiva, el concepto de determinantes sociales de la salud, lo que busca es poner de relieve la importancia de factores que afectan la salud de las personas, pero que están más allá de la biología y se ubican más bien en la organización social. Sin embargo, se cae nuevamente en la trampa de buscar las causas de los problemas. Marmot (2005)³, en otro artículo, señala con una voz crítica que "*Es aún inusual la idea que las enfermedades tengan una causa social y que el remedio para las causas sociales sean sociales en su naturaleza.*"

De los factores estudiados en el presente trabajo, hay varios que se pueden considerar como determinantes sociales. Es el caso de la relación que existe

entre las tasas de suicidio y la pobreza; la relación entre las tasas de suicidio y el hecho de vivir en zonas rurales; la temporalidad de los suicidios, en el sentido de que es una variable del entorno físico que afecta a las personas.

Además, se ha podido ver que en la evolución de las tasas de suicidio aparecieron algunos hechos significativos. Primero que nada, los hombres se matan más que las mujeres; las tasas de suicidio aumentan a medida que aumenta la edad, con un alza considerable después de los 65 años, en que los hombres dejan de trabajar. Pero también se ha podido ver que en la década de los años noventa, se está produciendo un aumento en las tasas de suicidio de hombres jóvenes.

¿Qué tienen de común estos factores recién señalados? Que ellos están dibujando el perfil de los *excluidos*, de aquellos que por diferentes razones sienten que ya no son parte de la sociedad y deciden terminar con sus vidas. Es una percepción, un sentimiento de personas que están viviendo una situación que no les satisface. El entorno se vuelve amenazante o dicho de otra forma, se vuelve menos acogedor. Es lo que se resalta en el informe chileno del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, entregado en 1998 (PNUD)⁴.

El título del informe ya es provocante: "Las paradojas de la modernización". Porque mientras Chile avanza sostenidamente por el camino de la modernidad, con aumentos sostenidos del Producto Interno Bruto, la sociedad se vuelve al mismo tiempo más desconfiada, aumentando su percepción de inseguridad, tanto a nivel objetivo como subjetivo. De acuerdo a este informe, un sentimiento de inseguridad recorre a la sociedad chilena.

En este sentido, es pertinente lo afirmado por Baudelot y Establet⁵, quiénes sostienen que no es la sociedad la que explica el suicidio, sino que es el suicidio el que entrega luces sobre los procesos sociales.

Por lo mismo, no se puede seguir sosteniendo que los determinantes sociales sean la *causa* de la evolución al alza de las tasas de suicidio. Ya se ha mencionado que el número de pobres, el número de personas que viven en zonas rurales, el número de hombres que sobrepasan los 65 años, son mucho más altos que quiénes se suicidan. Ser hombre, viejo, pobre y vivir en zonas rurales, no es suficiente como para pensar que se va hacia un suicidio. No es una *causa suficiente*. Pero sí, es un mensaje que el cuerpo social está entregando sobre los procesos que se están viviendo en su interior.

Pero, ¿de qué otros datos disponemos, para tratar de entender la conducta suicida? ¿De qué forma podríamos dibujar el perfil de los excluidos, a partir de un estudio del suicidio? De partida, es conveniente recordar que el suicidio es un acto y una decisión personal. Alimentado sin duda por un entorno social. Pero está claro que el entorno no es suficiente para explicar tal conducta. Entonces, vale la pena dirigir la mirada hacia aquellos factores individuales que puedan dar más luces acerca de la conducta suicida.

Ese ha sido el sentido del estudio de casos descrito en el capítulo nueve. Mientras en los capítulos previos la mirada estaba dirigida hacia variables del entorno, en el capítulo anterior se interrogó la existencia de quiénes se

suicidaron, buscando responder aquellas preguntas que surgen ante un hecho traumático y violento.

A partir de esta interrogación a nivel individual, surgen algunos datos que deben ser considerados en la búsqueda de una respuesta. En primer lugar, aparecen distintas motivaciones de quiénes decidieron suicidarse. Lo que tienen en común dichas motivaciones, en todo caso, es que en el trasfondo cada suicido revela la acción de una personalidad agresiva y porque no decirlo, violenta.

¿En que datos sostenemos esta afirmación?

De partida, recordemos el estudio de Dumais y cols.⁶, citado en el capítulo anterior, quiénes estudiaron 104 hombres que se suicidaron a partir de la aplicación de una autopsia psicológica y los compararon con otros 74 que estaban deprimidos pero que no tenían el antecedente de haber desarrollado una conducta suicida. Lo que se quiere subrayar aquí, es que en dicho estudio, se encontró que los suicidas tenían una mayor frecuencia de trastornos de la personalidad del tipo limítrofe y antisocial. Estos dos tipos de trastornos se caracterizan por rasgos de impulsividad y agresividad.

Junto con eso, en la revisión de casos se pudo ver que entre los suicidas existe una mayor frecuencia en el consumo de alcohol en forma crónica y una mayor frecuencia en el uso y abuso de drogas ilícitas. Estos dos rasgos también apuntan a un desprecio de las personas hacia su propio cuerpo. Desprecio que puede también ser leído como una agresión.

También se pudo constatar que entre los suicidas existía una mayor frecuencia de casos en que se daban situaciones de violencia intra familiar. En estos casos, independientemente del rol que jugaba el suicida, se denota también una conducta agresiva.

Por último, no deja de ser sintomático que históricamente la conducta suicida afecta más a hombres que a mujeres. Es cierto que existen antecedentes que pueden ligar este hecho a diferencias biológicas. Las alteraciones en el metabolismo de la serotonina, por ejemplo, apuntan en esa dirección. Pero también no debe ser olvidado las diferencias en la construcción social del ser masculino. Ambos hechos se superponen y actúan sinérgicamente.

En resumen, cada suicidio debe ser mirado como un hecho violento. Violencia que se dirige hacia el mismo cuerpo. Violencia, a su vez, que surge como una reacción ante un fracaso, ante una expectativa no satisfecha. De ahí la importancia de considerar el entorno, de tomar en cuenta las variables que hemos agrupado como determinantes sociales. Estos, tal como han sido descritos, son fuente de frustraciones, de fracasos. En ese sentido, alimentan las respuestas agresivas y violentas. Hacia otros o hacia sí mismo.

Entre los determinantes sociales, por un lado, y los rasgos individuales, por el otro, se ubica el rol que juega la familia. Para algunos autores, la familia es parte de los determinantes sociales, pero por su mayor proximidad hacia las personas, pensamos que su acción debe ser tratada de una manera diferente a variables como la pobreza o el vivir en zonas rurales. En la teoría sistémica se

alude a la familia como el micro espacio social, haciendo alusión de que existe un macro espacio, constituido por el conjunto del ordenamiento social.

En un trabajo realizado en Noruega, Dieserud y Forsén⁷ (2002), estudian el impacto de eventos vitales negativos en la infancia en la generación de problemas psicológicos e intentos de suicidio en población adulta. En su diseño, ellos destacan el hecho de trabajar con un grupo control, de personas sin problemas psicológicos y que no habían tenido intentos de suicidio. Cuando se habla de eventos vitales negativos, se refieren a pérdidas de alguna figura parental, enfermedad mental en alguno de los padres o situaciones de abuso parental. Por pérdida parental, se entiende la muerte de uno o de ambos padres o vivir separado de uno o de ambos padres por un período mínimo de un año. Las situaciones de abuso que ellos consideran, se refieren al abuso físico, psicológico o sexual.

Sus hallazgos muestran que las mujeres que habían sufrido algún tipo de abuso en la infancia, tenían más de ocho veces posibilidades de intentos de suicidio en la vida adulta, mientras que en el caso de los hombres, la posibilidad, en el caso de haber sufrido algún tipo de abuso, era seis veces más alta. Además, en el caso de estos últimos era significativo el antecedente de haber sufrido una pérdida de alguna figura parental en la infancia o de tener algún padre con enfermedad mental. En estos casos, la probabilidad de intentar cometer un suicidio era cinco a seis veces más alta. Un hecho interesante surge de la comparación entre hombres y mujeres. En el caso de estas últimas, la variable que explicaba el antecedente de haber sufrido un abuso y el intento de suicidio

en la vida adulta, era la depresión. En el caso de los hombres, lo que ligaba ambos hechos era una baja autoestima.

Kaufman y cols. (2004)⁸ publicaron un estudio en el cual estudian simultáneamente variables genéticas y sociales. Entre las primeras, dividen a la población en tres grupos, según sea el genotipo que está involucrado en la síntesis de una proteína que juega un papel clave en el metabolismo de la serotonina. Estudios previos habían mostrado que las diferentes configuraciones genéticas daban una mayor o menor probabilidad para experimentar depresión en la vida adulta, especialmente en los casos de personas que habían sido abusadas en su infancia. En su diseño, ellos trasladaron este hallazgo hacia la población infantil y consideraron la existencia o no de una buena red social, que permita amortiguar los efectos dañinos sobre el estado de la salud mental. Los resultados muestran que los niños maltratados con una cierta configuración genética y ausencia de sostén social positivo, tenían índices de depresión que eran casi el doble de aquellos niños maltratados, con la misma configuración genética, pero con un sostén social positivo. Concluyen que el riesgo, en el caso de niños maltratados, para encontrar resultados negativos en relación a la salud mental puede estar modificado tanto por variables genéticas como por factores ambientales. Destacan la calidad y la disponibilidad del sostén social como una de los más importantes a la hora de promover resiliencia, aún en la presencia de un genotipo que se espera pueda predisponer a desórdenes psiquiátricos.

En el presente estudio, no se tuvo acceso a antecedentes de la biografía remota de quiénes se suicidaron. Pero es un antecedente que debe ser

considerado, porque aparece con bastante frecuencia en la literatura. Además, dentro de los antecedentes que explican los daños a la salud mental, que han sido señalados a partir del estudio de casos, se encuentran frecuentemente rasgos biográficos que apuntan a lo señalado: pérdida de figuras parentales y situaciones de abuso. Pero además, el estudio señalado es importante porque ya en los primeros años de vida se comienza a constatar la importancia y relevancia de la red social de cada persona.

Inversamente, la familia también aparece en el estudio del suicidio como una carencia. Tanto hombres como mujeres, desarrollan, a partir de sus experiencias tempranas y durante la adolescencia, un modelo de familia que les gustaría concretar en su vida adulta. Antes de avanzar en el desarrollo de la relación entre familia y suicidio, examinemos algunos datos que provienen de la relación entre estado civil y suicidio. Para eso, retomemos una duda planteada en el capítulo ocho. En ese momento, la pregunta fue si acaso son realmente comparables las poblaciones de personas solteras y casadas al momento de analizar la evolución del suicidio.

Lo que llama la atención, al revisar las cifras del presente estudio, es que si se analiza el estado civil de las personas que se suicidan y se las compara con el estado civil de la población general, las cifras son claramente diferentes. Las personas que al momento de morir por un suicidio eran casadas, es de un 38,5 por ciento; las solteras llegan a 59,4 por ciento, mientras que las viudas alcanzan a ser un 1,9 por ciento. Es cierto que ya se ha discutido la diferencia entre el estado civil real y el estado civil legal. Pero también se ha podido ver

que existe concordancia entre ambas situaciones al menos en un 63,8 por ciento de los casos, según lo que se desprende del estudio de casos.

Hay dos hechos que llaman la atención al momento de efectuar la comparación entre la población que se suicida con la población general. En primer lugar, según el censo del año 2002 en Chile, el 34,6 por ciento de la población mayor de 15 años son solteras. Si se suman los separados y anulados, se llega a una cifra cercana al 40 por ciento. Sin embargo, entre los suicidas, las personas solteras representan casi el 60 por ciento.

En segundo lugar, las personas casadas según el censo, representan al 46,2 por ciento. Sin embargo, según los datos del certificado de defunción entre los suicidas las personas casadas no son más que el 38,5 por ciento.

Es decir, se puede postular que existen diferencias entre la población general y las personas que se suicidan, en el sentido de que estas últimas acceden menos al matrimonio en comparación a la población general.

Se puede pensar que una explicación a este hecho, proviene del hecho de que muchos suicidios se dan en gente joven, antes de la edad media del matrimonio. Sin embargo, las cifras presentadas en el capítulo seis demuestran que la mortalidad por suicidio es mayor en las personas solteras en todos los grupos de edades, por lo que no parece posible esgrimir esta explicación. Además, las cifras de mortalidad por suicidio en personas viudas, señalan de que estos casos se concentran en edades menores, mientras que el examen de la

mortalidad por causas generales, demuestran que estas van aumentando a medida que transcurre el tiempo y alcanzan su máximo después de los 75 años.

Un dato adicional que apoya esta idea de una mayor dificultad de las personas que se suicidan para establecer una relación de pareja proviene del estudio de casos. Allí se pudo ver que de 94 personas que se habían casado, sólo el 55 por ciento se mantenía en esa situación. El otro 45 por ciento se encontraba separado (28,7%) o viviendo en otra convivencia (15,9%). Ambas cifras son claramente superiores a los totales hallados en la población general: 4,7 por ciento de separados y 8,9 por ciento de convivencia.

Además, a partir del estudio de casos surge otro hecho que vale la pena destacar. De acuerdo a lo que señalaron los informantes, en 16 de los 188 casos de suicidio, las personas habían sido diagnosticadas como portadoras de algún otro problema de salud mental, que no estaba considerado en la pauta inicial. Los diagnósticos mencionados fueron esquizofrenia, retardo mental, epilepsia, retardo mental, psicosis alcohólica, enuresis, problemas conductuales, epilepsia, y psicosis. La distribución de estos problemas al interior de la muestra que constituyó el estudio de casos, demuestra que su distribución entre personas solteras o casadas no es igual. La muestra estuvo constituida por un 45,7 por ciento de personas solteras (31,9 por ciento de solteros viviendo solos y 13,8 de solteros que vivían en situación de convivencia), por un 49,5 por ciento de personas casadas y por un 4,8 por ciento de personas viudas. La distribución de los problemas de salud mencionados sigue un orden diferente: un 73,3 por ciento aparece en población soltera, un 20 por ciento en población casada y un 4,8 por ciento en población viuda.

Durkheim⁹ señala que no se puede afirmar que entre la población soltera exista una especie de selección, de forma tal que los solteros acumulen una mayor cantidad de "taras mentales", que los harían ineptos para el matrimonio y al mismo tiempo los harían más cercanos al suicidio. Sin embargo, los datos de esta investigación apuntan en un sentido diferente. De acuerdo a estos datos, efectivamente se produce un proceso de selección, de segregación, que hace que ciertas personas, afectadas por ciertas patologías del ámbito de la salud mental, accedan con más dificultad al matrimonio. La importancia de este hecho, radica en la idea de que se concibe a la familia como el soporte social más cercano, más próximo, que ayuda y sostiene la inserción social de cada persona. Pero precisamente quienes más podrían requerir este soporte, porque están afectadas por una enfermedad crónica, que les dificulta su inserción social, no pueden contar con dicho recurso.

En resumen, se desprende de esta discusión que la relación entre estado civil y suicidio no es necesariamente como ha sido planteada desde fines del siglo XIX, en el sentido de que por el hecho de estar casado, se generaría una especie de "factor de protección". No es que el matrimonio actúe benéficamente una vez que se produce. Lo que ocurre, es que existen diferencias entre la población soltera y la población casada. Que entre los primeros se acumulan ciertos problemas de salud que dificultan su inserción social y disminuyen su expectativa de vida. Y son estos mismos problemas de salud los que dificultan su acceso al matrimonio.

No se puede dejar de mencionar, que entre la población soltera y la casada existe un gradiente de mortalidad. Pero que no es sólo por suicidio, sino que comprende además, la mortalidad por causas generales. Entre los solteros y los casados, los primeros se suicidan 2,08 veces más que los segundos. Pero en el caso de la mortalidad general, la diferencia es de 2,64 veces más, siempre a favor de los solteros. Luego, el efecto que fue descrito hace 100 años, que se pensaba tenía relación con una mayor propensión hacia el suicidio, debe ser visto como un hecho general.

En resumen, existe una clara diferencia entre la población que permanece soltera y los que se casan. Los primeros se mueren más por cualquier causa. Y, al mismo tiempo, tienen más dificultad para contraer matrimonio. Tal vez duela decirlo, pero está claro que en nuestra sociedad se está lejos del ideal romántico. Porque lo concreto, es que la población soltera acumula una mayor discapacidad. Discapacidad que se transforma en exclusión.

Por otro lado, Chile, al igual que la mayoría de los países, vive una situación en que cada vez más se afirma el discurso de una crisis en la familia, que surge entre otras cosas, de la lectura que se hace sobre las cifras de divorcio. Ya se ha señalado que en el caso chileno, sólo se cuenta con un reconocimiento legal del divorcio a partir del año 2005. Antes de esa fecha, las parejas que decidían poner fin a su convivencia debían recurrir al sistema de nulidades. Por ser un trámite engorroso, al que sólo se podía acceder a través de un juicio ante los tribunales, lo cual significaba un costo económico adicional, además de la necesidad de contar con el acuerdo de ambas partes, ha hecho que pocos matrimonios hayan hecho uso de esta vía para terminar con un matrimonio. Sin

embargo, las cifras oficiales daban cuenta de un aumento sostenido de las tasas de nulidades. Así, en el año 1980 se registraron 38,4 nulidades por cada 1.000 matrimonios. Casi 20 años después, en el año 1998, la cifra llegó a 85,3 por cada 1.000 matrimonios. Lo interesante, en todo caso, es que en el año 1980, un 1 por ciento de los matrimonios lo contraía un hombre previamente anulado. En 1998, la misma proporción subió a un 4 por ciento. Un fenómeno similar ocurre en el caso de las mujeres. Es decir, el proceso de anulación es sólo un paso antes de contraer un nuevo matrimonio.

Pero en todo caso, se ha instalado en el imaginario colectivo la idea de que el matrimonio y la creación de una familia, es una meta cada día más difícil de poder cumplir.

Pero hay quiénes logran pasar el proceso de selección y acceden a la posibilidad de formar una familia. Y la observación de los datos, nos señalan que también se dan suicidios en población casada, viuda o separados. Recordemos que según el estudio de casos, el 31,3 por ciento de la población eran solteros y vivían sin compañía. Y que también el 55 por ciento de esta muestra, en algún momento se había casado. Pero de quiénes se casaron, la mitad se había separado o bien había iniciado una nueva convivencia. Es decir, en el total de la muestra de suicidas, sólo el 27,7 por ciento de la población había accedido al matrimonio y se mantenía en esa situación.

Aparece entonces que las uniones matrimoniales de quiénes en algún momento se suicidan, tienen, al menos, un carácter de fragilidad mayor que en la población general. Es cierto que existe una mayor propensión al divorcio o

nulidades, porque las cifras que hablan de una ruptura son bastante mayores en la muestra. Y aquí aparece nuevamente la discusión si es que las personas que se suicidan son o no comparables a quienes no lo hacen. Lamentablemente, el número de personas separadas es bajo (27 personas) como para intentar un análisis comparativo. Se requiere con seguridad una muestra mayor. Pero se hará un intento de análisis a partir de las cifras de violencia intra familiar.

De partida, recordemos que en la muestra del estudio de casos, el 23,4 por ciento aparecían con antecedentes de violencia intra familiar. Las personas solteras y viudas, tienen cifras menores, lo cual puede ser obvio. Pero en el resto de la población, la distribución proporcional señala que el 26,9 por ciento de la población casada vivía situaciones de violencia al interior de la familia; el 29,6 por ciento de quienes estaban separados y el 43,9 por ciento de quienes vivían en situación de convivencia. Estos últimos, eran ya sea personas solteras desde el punto de vista legal o bien que en algún momento previo se habían casado y estaban viviendo con otra persona. Sin embargo, entre estos dos grupos no existe diferencia, ya que ambos vivían situaciones de violencia en la misma proporción.

Resumiendo, se puede señalar que entre la población suicida las cifras de convivencia son mayores que en la población general y que la experiencia de violencia intra familiar es mayor que en la población general. ¿Causa o efecto? ¿Es el suicidio un efecto de vivir en una situación de violencia intra familiar? ¿O es que existe una diferencia entre las poblaciones de quienes se suicidan y quienes no, que hace que la primera esté más propensa a situaciones de violencia? Es difícil responder a esta interrogante.

Ya se ha visto que las personas que se suicidan acumulan una mayor cantidad de problemas de salud mental, marcados por un rasgo de agresividad. En ese sentido, la violencia intra familiar y el suicidio no serían más que dos marcadores que estarían mostrando un rasgo de base. Pero también puede ser que las personas que tienen una mayor cercanía a desarrollar conductas agresivas, fallen en su intento de crear un ambiente familiar que les acoja y en el cual los rasgos agresivos sean disminuidos.

Recordemos además, que al hablar de suicidios estamos hablando principalmente de hombres. Y que en la construcción del ser masculino y el ser femenino actúan diferentes cargas biológicas y diferentes fuerzas sociales que dan lugar a diversas estructuras de personalidad.

En ese sentido, es llamativo el examen de las cartas dejadas por los suicidas. Recordemos que en el caso de las mujeres, las notas estaban dirigidas a los hijos, el juez y los amigos. Pero en el caso de los hombres, resalta como destinatario la pareja o cónyuge. Este hecho tiene relación con los eventos vitales cercanos que anteceden al suicidio. En el caso de las mujeres, fueron la ruptura sentimental, seguido por estar viviendo una situación de conflicto y violencia intra familiar. En el caso de los hombres, las rupturas sentimentales son más frecuentes y son seguidas por problemas económicos. Este hecho señala la importancia que tenía para los suicidas la red social más próxima o cercana. Cuando esta red se rompe, las personas pueden sentir esta ruptura como un fracaso, ante el cual la reacción está cargada de agresividad. Agresividad dirigida contra el mismo suicida, y que al mismo tiempo se instala

al interior de la misma familia. En el caso de los hombres, los problemas financieros pesan más que en el caso de las mujeres, porque más allá del discurso feminista en boga que quisiera que el hombre no se vea a sí mismo como el "ser proveedor", el hombre, por su lado, ve un fracaso en esta área como suficiente para desencadenar una respuesta agresiva. Agresividad, que insistimos, se vuelve contra el mismo hombre y a partir del acto suicida, se transforma en agresividad contra el resto de la familia.

No tenemos tantas observaciones de suicidios femeninos, como para sostener que en este caso se siga el mismo curso, marcado por un rasgo agresivo. Sólo sabemos que en el caso de las mujeres predomina el cuadro depresivo; que el estudio citado anteriormente comparó solamente dos muestras masculinas; y que según la literatura internacional, el único país donde se dan más suicidios femeninos que masculinos, es China. Baudelot y Establet¹⁰ sostienen que en este caso, pesa fuertemente la estructura social, que hace del suicidio femenino una especie de "suicidio reivindicativo".

En definitiva, faltan más observaciones como para saber si es que el suicidio femenino está también mostrando una mayor agresividad o no.

Durante el curso del presente trabajo, puede haber llamado la atención la cantidad de veces en que se partía el análisis citando a Durkheim. Después de 100 años, ¿significa que poco o nada ha cambiado en la comprensión del suicidio? ¿sigue siendo el trabajo elaborado por Durkheim la mejor o única

forma de entender el suicidio? A la luz de los hallazgos descritos, pensamos que la teoría elaborada por Durkheim ha sido superada.

Hoy día, a diferencia de lo establecido por Durkheim, los pobres se matan más que los ricos; el suicidio es más frecuente en zonas rurales que urbanas; el rol de la familia va más allá que su efecto sobre el suicidio y alcanza a la mortalidad en general; en el caso chileno, y en otros países también, se ve un aumento en las tasas de suicidio de hombres menores de 65 años, al menos en la década de los noventa. Además, a diferencia de lo planteado por Durkheim, la sicología tiene bastante que decir acerca del suicidio.

El concepto de anomia que él desarrolló, hoy día debe ser puesto en duda. Primero, porque la sociedad que él describió, y de la cual surgió este concepto, ha cambiado. Ha cambiado, en el sentido de que se ha extendido una forma de ser más individualista. En la sociedad actual se espera que cada persona asuma su destino y el papel que quiera desempeñar al interior de la sociedad. Luego, no se espera que sea la sociedad la que diga que papel debe desempeñar cada uno. Sin duda, esta es una descripción burda de un proceso bastante más complejo. Pero lo que se quiere mostrar, es la diferencia en relación a una sociedad que a fines del siglo XIX le decía a cada persona lo que debía hacer y cual era su destino. Actuando a través de la imposición, permitía al mismo tiempo una mayor regulación.

Hoy día, al menos a nivel del discurso, se le pide a cada persona que tome sus propias decisiones, que elabore su propia carta de navegación. Pero la trampa surge cuando esa persona sale a buscar las herramientas necesarias para su

incorporación al tejido social. Para incorporarse al tejido social, se requiere educación, trabajo, dinero al menos en cantidad mínima, reconocimiento social. Tener una propia identidad y ser reconocido por el resto de la sociedad. Sin embargo, no siempre tales herramientas están a la mano. E incluso a veces son imposibles de lograr. Surge entonces la exclusión que da paso a la frustración, para terminar transformándose en rabia y agresividad.

¿Cuál es la diferencia con la sociedad en la cual surgió el concepto de anomia? Que en esa sociedad el rol asignado a cada persona era bastante más estrecho y circunscrito. Había menos cosas sobre las cuales decidir. Hoy, en cambio, hay más espacios para tomar decisiones. A fines del siglo XIX, las autoridades las elegían sólo algunos, sobre todo hombres. Hoy, se aprecia el sufragio universal, con un mayor peso de las mujeres. Pero al mismo tiempo, las exigencias son mayores sobre las personas.

Luego, si a fines del siglo XIX era importante estudiar la forma en que la sociedad incorporaba a sus miembros, hoy día el eje se ha modificado y más vale la pena estudiar cómo las personas se incorporan a la sociedad. Y no es sólo un cambio en el énfasis. Es sobre todo, una modificación de quién es el sujeto del cual se habla. La *anomia*, describía una característica social. La *exclusión* describe un sentimiento que se aloja en cada individuo. Las personas *se sienten excluidas*.

Es necesario reemplazar los postulados de Durkheim, no porque él se haya equivocado o haya interpretado erróneamente los datos. Sino que simplemente, la sociedad que él estudió, ya no existe. Porque hoy día, el individuo ha pasado a

ser más importante que la sociedad. Y porque por último, si el concepto de anomia algo tiene de verdadero hoy día, es que se construye desde el sentimiento de las personas que se sienten excluidas. Y ya se sabe, que el total es diferente a la suma de las partes. Que sin estudiar las partes, no se puede tener una idea correcta de lo que es el total. Pero que ambos, la totalidad y las partes, deben ser consideradas.

¹ Shaffer, D. Suicide: risk factors and the public health. (1993). Am J Public Health. 83(2), 171-172

² Wilkinson, R.; Marmot, M. (2003). Social determinants of health: the solid facts. Second Edition. WHO, Ginebra.

³ Marmot, M. (2005). Historical perspective: the social determinants of disease – some blossoms. Epidemiologic perspectives and innovations. 2:4 (<http://www.epi-perspectives.com/content/2/1/4>)

⁴ Las paradojas de la modernización. Desarrollo humano en Chile. (1998). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Santiago de Chile.

⁵ Baudelot, C. y Establet, R. Op. cit.

⁶ Dumais, A. y cols. Op. cit.

⁷ Dieserud, G; Forsén, L. (2002). Negative life events in childhood, psychological problems and suicide attempts in adulthood: a matched case-control study. Archives of Suicide Research. 6,291-308.

⁸ Kaufman, J. y cols. (2004) Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. PNAS. 101(49), 17316-17321.

⁹ Durkheim, E. El suicidio. Op. cit.

¹⁰ Baudelot, C. y Establet, R. Op. cit.

Bibliografía

- Adam K. (1986). Early Family Influences on Suicidal Behavior. *Ann Ny Acad Sci*, 487:63-76.
- Arsenault-Lapierre, G.; Kim, C.; Turecki, G. (2004) Psychiatric diagnosis in 3275 suicides: a meta análisis. *BMC Psychiatry*, 4:37. (<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/4/37>)
- Baudelot, C.; Establet, R. (2006) *Suicide, l'envers de notre monde*. Seuil, París.
- Berkman, L.; Syme, L. (1979) Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiolo.* 109, 186-204.
- Borges, G. y cols. (1996) Epidemiología del suicidio en México de 1970 a 1994. *Salud Publica Mex.* 38, 197-206.
- Informe ejecutivo de la CASEN 2003. Ministerio de Planificación Nacional. Santiago, Chile
- Cavanagh, J.; Owens, D.; Johnstone, E. (1999). Life events in suicide and undetermined death in south-east Scotland: a case-control study usin the method of psychological autopsy. *Soc Psychiatry Epidemiolo.* 34, 645-650.
- Quinto estudio Nacional de Drogas en la población general de Chile. (2002) CONACE. Santiago, Chile.
- Conner, K.; Duberstein, P.; Conwell, Y. (2001) The validity of proxy-based data in suicide research: a study of patients 50 years of age and older who attempted suicide. I. Psychiatric diagnoses. *Acta Psychiatr Scand.* 104, 204-209
- Crawford, M.J.; Prince, M. (1999) Increasing rates of suicide in young men in England during the 1980s: the importance of social context. *Social Science and Medicine.* 49, 1419-1423.
- Crombie, I. (1990). Can changes in the Unemployment rates explain the recent changes in Suicide Rates in Developed Countries? *International Journal of Epidemiology.* 19, 412-416
- Charlton, J. (1995). Trends and patterns in suicide in England and Wales. 24, S45-S52.
- Cheng, A. y cols. (2000) Psychosocial and psychiatric risk factor for suicide. *Br J Psychiatry.* 177, 360-365.

Cheng, T.A.C. y cols. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide. *Br J Psychiatry*. 117: 360-365.

Chiang, T. (1999). Economic transition and changing relation between income inequality and mortality in Taiwan: regression analysis. *BMJ*. 319, 1162-5

Chiu, HFK. y cols. (2004). Elderly suicide in Hong Kong – a case-controlled psychological autopsy study. *Am Psychiatr Scand*. 309, 299-305

Chuaqui, C. y cols. (1967) El suicidio en Santiago de Chile. *Bol. Of. San. Panamericana*. 41, 212-222.

Dieserud, G; Forsén, L. (2002). Negative life events in childhood, psychological problems and suicide attempts in adulthood: a matched case-control study. *Archives of Suicide Research*. 6, 291-308.

Dumais, A. y cols. (2005). Risk Factors for suicide completion in major depression: a case-control study of impulsive and aggressive behaviors in men. *Am J Psychiatry*. 162, 2116-2124

Durkeim, E. (1995) El suicidio. Madrid, España. Ed. Akal.

Fajnzylber, P.; Lederman, D.; Loayza, N. (2002). Inequality and violent crime. *Journal of Law and Economics*. vol. XLV.

Foucault, M. (1998). Historia de la sexualidad. México. Siglo XXI editores.

Franco, S. A (2003). Social-Medical Approach to Violence in Colombia. *Am J Public Health*. 93, 2032-2036.

Gómez, MJ. y cols. (1997). Influencia de la bioclimatología en los suicidios. *Aten Primaria*. 19, 177-182.

Granizo, J.J., Guallar, E and Rodríguez-Artalejo, F. (1996). Age-Period-Cohort Análisis of Suicide Mortality Rates in Spain, 1959-1991. *Int Jo Epidemiol*. 25, 814-820.

Guibert W., Trujillo G. (1999). Intento suicida del anciano en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 15(5), 509-15

Guillem, P. (1998). Desorganización narcisista y suicidio. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psic. de Madrid*. 27, 89-108

Gustafsson, L.; Jacobsson, L. (2000). Interviewing significant others by telephone as part of a modified psychologic autopsy. *Nord J Psychiatry*. 54, 127-133

Harwood, D.; Hawton, K.; Hope, T.; Jacoby, R. (2001). Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 16, 155-165

Hietanen, P.; Lönnqvist, J.; Henriksson, M.; Jallinoja, P. (1994) Do cancer suicides differ from others? *Psycho-oncology*. 3, 189-195.

Hijar-Medina, M. y cols. (1997). La violencia y sus repercusiones en la salud; reflexiones teóricas y magnitud del problema en México. *Salud Pública Mex*. 39(6), 565-572.

House, J.; Robbins, C.; Metzner, H. (1982). The association of social relationships and activities with mortality: prospective evidence from the Tecumseh community health study. *Am J Epidemiol*. 116, 123-40

Informe mundial sobre la violencia y la salud. (2003). Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.

Instituto Nacional de Estadísticas. Anuario de estadísticas policiales. (1988). Investigaciones de Chile. Santiago, Chile.

Instituto Nacional de Estadísticas. Compendio estadístico 2000. Santiago, Chile.

Kaplan, G. y cols. (1996). Inequality in income and mortality in the United States: analysis of mortality and potential pathways. *BMJ*. 312, 999-1003.

Kaufman, J. y cols. (2004). Social supports and serotonin transporter gene moderate depression in maltreated children. *PNAS*. 101(49), 17316-17321.

Kawachi, I. (2002). Income inequality and economic residential segregation. *J Epidemiol Community Health*. 56, 165-166.

Kennedy, H.G.; Iveson, R.C.Y.; Hill, O. (1999). Violence, homicide and suicide: strong correlation and wide variation across districts. *BMJ*. 175, 462-466.

Kposowa, A. (2001). Unemployment and suicide: a cohort análisis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychological Medicine*. 31, 127-138.

Kposowa, A.J. (2000). *J Epidemiol Community Health*. 54, 254-261

Lambert, G.; Reid, Ch.; Kaye, D.; Jennings, G.; Esler, M. (2003). Increased suicide rate in the middle-aged and its association with hours of sunlight. *Am J Psychiatric*. 160, 793-795

Lambert, G.W.; Reid, C.; Kaye, D.M.; Jennings, G.L.; Ester, M.D. (2002). Effect of sunlight and season on serotonin turnover in the brain. *Lancet*. 360, 1840-42.

Las paradojas de la modernización. Desarrollo humano en Chile (1998). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Santiago de Chile.

Lavee Y., McCubbin H.I. y Olson D.H. (1987). The effect os Stressful Life Events and Transitions on Family Functioning and Well-Being. *J Mar Fam.* 49: 857-873.

Lester, D. (1979). Temporal variation in suicide and homicide. *Am J Epidemiol.* 109, 517-520.

Luoma, J.B.; Martin, C.E.; Pearson, J.L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry.* 159, 909-916

MacMakon, K. (1983). Short-term temporal cycles in the frequency of suicide. United States, 1972-1978. *Am J Epidemiol.* 117, 744-50.

Marmot, M. (2005). Historial perspective: the social determinants of disease – some blossoms. *Epidemiologic perspectives and innovations.* 2,4(<http://www.epi-perspectives.com/content/2/1/4>)

Masson F. et al. (1997). Injuries in a problematic socioeconomic context: A population-based study in Réunion, Indian Ocean, 1993-1994. In *J Epidemiology.* 26, 1033-1040.

Maturana, H. (1995). Biología y Violencia. En Coddou y cols. Eds. *Violencia en sus distintos ámbitos de expresión.* Ed. Dolmen, Santiago, Chile.

Meehan, PJ; Saltzman, LE y Satín, RW. (1991). Suicides among older United Status residents: epidemiologic characteristics and trends. *Am J Public Health.* 81(9), 1198-1200.

MIDEPLAN. (1999) Pobreza y distribución del ingreso en Chile, 1990-1998. Departamento de Estudios Sociales. Santiago, Chile.

Ministerio de Justicia. (1998) Servicio Médico Legal. Anuario Estadístico 1995 - 1996. Santiago, Chile.

Ministerio de Justicia. (1999). Servicio Médico Legal. Anuario Estadístico 1997. Santiago, Chile.

Ministerio de Salud, Chile. (2001). Unidad de Salud Mental. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría.

Ministerio de Salud. (2000). Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud. Departamento de Epidemiología y Departamento de Promoción de la Salud.

Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas. www.minsal.cl

Minuchin S., Rosman B. y Baker L. (1978). *Psychosomatic Families.* Cambridge, Mass, Harvard University Press.

- Moens, G.F.G. (1984). The Rise of Suicide Mortality in Belgium Between 1968-72 and 1978-81: Age, Sex and Geographical Characteristics. *Int J Epidemiol.* 13, 243-245.
- Moens, G.F.G. (1985). The Reliability of Reported Suicide Mortality Statistics: An Experience from Belgium. *Int J Epidemiol.* 14, 272-275
- Moos, R.H. y Moos. B.S. (1976). A typology of Family Social Environments. *Fam Proc*, 15: 357-370.
- Nayha, S. (1983). The biseasonal incidence of some suicides. Experience from Finland by marital status, 1961-1976. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 67, 32-42.
- OMS. (1992). Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. X revisión. Ginebra.
- Orth-Gomér, K.; Johnson, V. (1987). Social networks interaction and mortality. A six year follow-up study of a random sample of the Swedish population. *J Chron Dis.* 40(10), 949-957
- Partonen T.; Haukka, J.; Nevalinna, H.; Lonnqvist, J. (2004). Analysis of the seasonal pattern in suicide. *J Affect Disord.* 81(2), 133-9
- Patel, V. y Kleinman, A. (2003). Poverty and common mental disorders in developing countries. *Bulletin of the World Health Organization.* 81, 609-615.
- Phillips, M. y cols. (2004). Suicide and the unique prevalence pattern of schizophrenia in mainland China: a retrospective study. *Lancet.* 364, 1062-68
- Phillips, M.R.; Xianyun Li; Camping Zhang. (2002). Suicide rates in China, 1995 – 99. *The Lancet.* 359, 835-40.
- Pobreza e indigencia e impacto del gasto social en la calidad de vida. Informe ejecutivo. (2001). Ministerio de Planificación Nacional. Santiago, Chile
- Porte B. y O’Leary D.K. (1980). Marital discord and Childhood Behavior Problems. *J of Abnormal Child Psychology.* 8(3), 287-295.
- Primera Encuesta de Salud, Chile (2003). Ed. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile
- Qin, P. y cols. (2000). Gender differences in risk factors for suicide in Denmark. *Br J Psychiatry.* 177, 546-550
- Qin, P; Agerbo, E.; Mortensen, P. (2003). Suicide risk in relation to socioeconomic, demographic, psychiatric, and familial factors: a national register-based study of all suicides in Denmark, 1981-1997. *Am J Psychiatry.* 160, 765-772.

Schmidtke, A. y cols. (1999). Suicide rates in the world: Update. *Archives of Suicide Research*. 5, 81-89.

Servicio Nacional de la Mujer. (2006). Detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar en la Región de Los Lagos. Primeros resultados sobre violencia conyugal. Puerto Montt, Chile.

Shaffer, D. (1993). Suicide: risk factors and the public health. *Am J Public Health*. 83(2), 171-172

Sindzingre, A. (2005). The multidimensionality of poverty: an institutionalist perspective. International conference "The many dimensions of poverty", 29-31 Aug, Brasilia, Brazil.

Smith, JC; Mercy, JA; Conn, JM. (1988). Marital status and the risk of suicide. *Am J Public Health*. 78, 78-80.

Snyder D.K. y Regts J.M. (1982). Factor Scales for Assessing Marital disharmony and disaffection. *J of Consulting and Clinical Psychology*. 50(5), 736-743.

Social panorama of Latin America. 2002-2003. ECLAC.

Stara, C. y cols. (2004). Trend in suicide in Scotland 1981-1999: age, method and geography. *BMC Public Health*, 4:49 (<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/4/49>)

Stefoni, C. (2000). Suicidio en el Servicio Militar. FLACSO – Chile.

Strauss. M.A. (1979). Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *J.Mar Fam*, 41:75-88.

Suominen, K. y cols. (2003). Nursing home-suicides – a psychological autopsy study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 18, 1095-1101.

Tiihonen, J.; Räsänen, P.; Hakko, H. (1997). Seasonal variation in the occurrence of homicide in Finland. *Am J Psychiatry*. 154, 1711-1714.

Toro, J. y Astroza. L. (1995). Ministerio de Salud. División Programas de Salud. Departamento Epidemiología. Control de traumatismos. Santiago, Chile.

Trucco, M. (1975). Mortalidad por suicidio en Chile: 1930 – 1971. *Rev. Méd. Chile*. 103, 634-638

Trucco, M. (1976). Suicidios en el Gran Santiago. I. Aspecto médico legales. *Rev. Méd. Chile*. 104, 246-250

Valdés, A. (invierno 1999). *Estudios Públicos*, 75. Santiago, Chile.

Vicente, B. y cols. (2002). Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECP). Rev Med Chile 130(5), 527-536

Vidal-Rodeiro, C.L. y cols. (2001). Distribución geográfica y temporal del suicidio en Galicia (1976-1998). Gac Sanit. 15(5), 389-397.

Walsh, D. y cols. (1984). Suicide and Self-Poisoning in Three Countries – A Study from Ireland, England and Wales, and Denmark. Int J Epidemiology. 13, 472-474.

Weingarten H. y Leass, S. (1987). Levels of marital conflict model: a guide to assessment and intervention in troubled marriages. Amer J Orthopsychiat. 57(3), 407-417.

Wilkinson, R.; Marmot, M. (2003). Social determinants of health: the solid facts. Second Edition. WHO, Ginebra.

Woodbury, M.A.; Manton, K.G.; Blazer, D. (1988). Trends in Us Suicide Mortality Rates 1968 to 1982: Race and Sex Differences in Age, Period and Cohort Components. International Journal of Epidemiology. 17, 356-362.

Yip, P. y cols. (2000). Seasonal variation in suicides: diminished or vanished. Br J Psychiat. 177, 366-369.

Ziglio, E.; Barbosa, R.; Charpak, Y; Turner, S. (2003) . Health systems confront poverty. WHO, Ginebra.

Anexo 1 Cuadro 1

Tasas de suicidio según grupos quinquenales de edad.
Chile, 1980 - 2003

General																								
Edad	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
0-4	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
05-9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
10-14	0,48	0,80	0,88	0,88	0,88	0,81	0,89	0,57	0,90	0,98	0,99	0,98	0,73	0,88	0,47	1,09	0,69	0,75	0,59	0,29	0,99	1,54	1,47	
15-19	4,43	5,39	4,84	5,73	5,66	5,03	4,49	4,42	4,19	4,61	4,37	5,28	3,91	3,19	3,77	4,28	5,20	5,38	5,01	4,80	8,87	9,14	7,16	
20-24	7,59	8,03	8,88	8,84	9,29	7,78	7,15	7,72	7,89	8,79	8,32	8,98	6,08	8,52	8,70	10,51	10,97	10,45	10,17	9,14	12,53	15,93	15,59	
25-29	7,03	8,80	5,94	7,41	9,07	6,73	7,64	7,62	8,20	8,41	7,61	7,85	8,02	7,69	9,81	8,99	8,04	9,72	9,84	11,03	15,32	16,15	15,98	
30-34	6,00	7,33	6,86	8,67	8,64	7,59	7,00	9,13	8,30	8,11	7,69	6,93	7,81	6,92	7,58	8,31	8,06	7,33	9,64	10,05	13,11	12,99	12,54	
35-39	7,56	8,84	7,61	5,60	9,41	6,91	7,85	5,98	8,56	8,06	6,87	9,64	7,71	7,42	9,77	8,42	8,64	7,97	8,81	9,28	12,85	15,65	14,83	
40-44	9,35	9,53	8,48	9,50	9,63	8,96	7,67	8,78	6,84	8,18	7,40	9,10	4,77	7,89	5,29	9,82	8,65	8,85	10,16	10,21	13,30	14,60	15,39	
45-49	5,99	9,98	9,64	7,12	9,36	10,18	8,86	7,44	7,32	6,06	8,26	8,80	6,60	8,31	7,94	8,71	8,13	9,14	11,34	10,51	14,89	14,74	16,23	
50-54	7,48	10,80	11,97	9,99	9,16	10,93	6,97	8,52	8,79	7,64	8,35	9,14	7,48	6,30	8,59	10,88	10,71	8,42	9,38	8,84	14,69	19,89	15,39	
55-59	6,35	9,51	9,76	12,35	9,93	10,61	9,20	11,17	9,32	9,60	12,16	6,73	5,33	9,21	9,47	11,94	10,25	7,60	12,63	13,19	13,55	14,91	14,32	
60-64	8,28	8,79	10,60	11,04	11,78	7,80	12,66	11,36	8,45	8,72	11,69	10,43	7,97	8,78	9,56	12,43	10,58	10,39	10,20	10,25	15,23	12,70	14,52	
65-69	6,51	9,75	12,84	8,50	12,25	11,19	8,30	12,17	9,01	10,58	12,48	12,02	10,29	8,07	9,30	10,46	12,20	11,37	11,67	11,43	14,86	11,50	13,78	
70-74	3,89	8,22	7,57	14,38	11,02	12,41	14,59	10,77	11,91	7,88	12,64	8,35	11,99	9,18	10,59	9,15	13,74	9,55	8,85	8,89	14,56	18,72	11,03	
75-79	10,56	14,41	9,81	7,10	7,61	13,95	8,63	7,05	8,28	12,17	9,48	10,99	7,09	13,15	7,21	11,85	10,45	10,15	14,33	14,44	14,55	13,48	13,80	
80 y más	6,25	4,03	12,69	13,23	9,15	15,95	11,04	7,33	15,64	14,27	6,86	11,91	8,30	16,65	13,72	14,46	6,11	13,39	11,37	13,00	19,36	12,58	19,32	
Total	4,51	5,64	5,48	5,71	6,17	5,67	5,35	5,49	5,50	5,62	5,67	5,91	4,85	5,37	5,72	6,54	6,35	6,22	6,90	6,93	9,68	10,55	10,26	

Tasas por 100.000 personas

Anexo 1 (cont.)
Cuadro 2

Tasas de suicidio masculinos según grupos quinquenales de edad.
Chile, 1980 - 2003

Hombres

Edad	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0-4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
05-9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
10-14	0,94	1,26	1,42	1,11	1,27	1,43	1,12	0,96	0,81	1,62	1,46	0,80	0,95	1,41	0,31	1,53	0,75	0,88	0,57	0,42	1,10	1,65	2,32	2,45
15-19	6,12	7,07	7,24	7,72	8,05	7,28	5,39	5,72	5,58	7,51	6,25	7,40	5,65	4,37	6,17	7,33	8,04	6,36	7,70	6,53	12,93	12,64	11,19	11,54
20-24	12,58	12,80	15,41	15,05	14,36	13,86	11,80	12,45	12,30	14,88	15,21	15,40	9,48	14,64	15,62	16,78	18,31	17,42	16,35	15,60	21,78	27,55	26,42	24,53
25-29	12,06	14,59	10,00	13,00	15,79	11,57	12,00	12,40	14,80	15,10	13,27	12,78	12,93	12,93	16,96	15,82	14,74	17,23	16,79	18,65	27,07	26,70	26,32	26,77
30-34	10,48	11,67	11,55	15,95	14,77	13,19	12,28	15,77	14,60	13,70	12,30	11,60	14,29	12,02	13,22	15,19	13,56	12,91	16,83	17,65	22,89	22,14	22,38	23,93
35-39	13,81	15,53	14,25	9,34	17,09	11,00	12,19	9,53	14,07	14,56	10,92	16,60	13,65	11,93	18,13	15,64	16,30	14,45	15,47	16,63	21,54	26,35	25,19	24,53
40-44	16,45	16,54	13,44	16,68	16,38	15,14	13,49	15,49	12,16	13,52	12,88	13,74	9,17	12,55	9,28	17,54	14,83	15,11	19,28	17,83	23,37	25,15	27,38	26,68
45-49	11,63	17,37	19,59	13,53	18,55	17,05	14,83	12,04	12,61	9,43	14,91	16,34	10,97	13,30	14,36	15,66	14,53	15,84	19,83	19,20	27,57	25,77	26,52	25,76
50-54	14,30	18,91	23,84	17,34	18,88	19,01	11,55	16,13	15,83	13,44	14,43	16,55	12,44	11,56	14,22	18,71	18,10	14,73	17,04	16,57	25,35	36,60	24,61	25,85
55-59	9,94	19,25	18,65	23,16	19,16	18,03	18,72	20,39	14,98	19,09	24,00	14,56	10,57	18,00	18,51	21,62	19,78	13,79	24,56	23,97	24,84	28,10	26,90	27,70
60-64	16,76	17,17	21,95	23,66	23,18	14,44	22,58	21,15	16,09	17,35	21,41	18,09	14,91	16,74	17,96	22,24	20,72	20,75	20,80	19,90	26,94	26,11	26,64	25,53
65-69	13,79	19,27	27,34	17,52	22,55	21,17	17,23	24,38	18,05	21,63	25,82	23,31	21,68	14,61	18,79	20,76	21,50	21,60	24,72	21,23	27,70	23,09	26,41	30,12
70-74	7,83	18,06	17,85	31,51	26,15	25,83	31,14	19,82	26,10	15,47	26,92	17,78	25,40	17,78	22,11	17,80	32,28	21,51	19,86	18,35	28,50	41,98	21,19	32,78
75-79	23,67	33,31	20,16	15,62	18,91	31,12	18,00	17,68	19,11	27,31	23,49	24,34	18,84	34,98	17,70	30,09	22,17	25,50	28,64	31,62	34,45	30,53	32,59	42,04
80 y más	13,83	8,07	26,15	35,60	24,73	40,87	27,82	20,12	38,81	37,46	16,09	31,16	24,53	49,40	37,30	36,28	18,28	35,25	30,96	38,95	55,17	34,88	44,35	37,61
Total	7,78	9,42	9,70	9,91	10,72	9,62	8,82	9,19	9,27	9,82	9,80	9,94	8,38	9,16	10,17	11,48	11,13	10,72	12,16	12,15	16,81	18,25	17,53	17,95

Tasas por 100.000 personas

Anexo 1 (cont.)
Cuadro 3

Tasas de suicidio femeninos según grupos quinquenales de edad.
Chile, 1980 - 2003

Mujeres

Edad	1980	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
0-4	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
05-9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00				
10-14	0,00	0,32	0,32	0,65	0,49	0,16	0,66	0,16	0,99	0,33	0,51	1,17	0,50	0,33	0,65	0,64	0,62	0,61	0,60	0,15	0,87	1,44	0,57	0,57
15-19	2,71	3,67	2,40	3,69	3,22	2,74	3,56	3,09	2,77	1,64	2,45	3,11	2,14	1,98	1,32	1,16	2,30	4,39	2,25	3,02	4,72	5,55	3,02	3,25
20-24	2,55	3,20	2,26	2,54	4,14	1,62	2,43	2,92	3,41	2,60	1,30	2,45	2,62	2,29	1,64	4,11	3,47	3,33	3,85	2,52	3,04	4,02	4,47	5,08
25-29	1,98	2,98	1,85	1,78	2,30	1,85	3,25	2,82	1,54	1,67	1,82	2,81	2,98	2,32	2,48	1,99	1,16	2,00	2,68	3,20	3,21	5,27	5,30	4,64
30-34	1,56	3,02	2,20	1,42	2,53	2,01	1,72	2,49	2,00	2,51	3,02	2,20	1,25	1,74	1,87	1,33	2,49	1,66	2,33	2,33	3,16	3,67	2,52	4,38
35-39	1,49	2,33	1,14	1,94	1,89	2,90	3,57	2,47	3,11	1,63	2,90	2,79	1,86	2,98	1,54	1,30	1,08	1,58	2,23	2,01	4,26	5,08	4,59	4,43
40-44	2,56	2,82	3,73	2,61	3,14	3,03	2,07	2,30	1,68	3,01	2,12	4,61	0,50	3,36	1,40	2,26	2,60	2,71	1,21	2,73	3,39	4,22	3,57	4,36
45-49	0,79	3,14	0,39	1,15	0,76	3,73	3,22	3,10	2,32	2,87	1,87	1,52	2,36	3,45	1,68	1,91	1,85	2,55	2,97	1,92	2,33	3,81	6,03	3,32
50-54	1,33	3,49	1,29	3,37	0,41	3,67	2,81	1,59	2,35	2,32	2,69	2,21	2,83	1,36	3,27	3,48	3,69	2,39	2,04	1,42	4,44	3,75	6,47	6,02
55-59	3,24	1,05	2,03	2,95	1,90	4,16	0,91	3,12	4,37	1,29	2,05	0,00	0,79	1,57	1,54	3,43	1,82	2,10	2,02	3,57	3,44	3,04	2,96	4,33
60-64	1,26	1,85	1,21	0,59	2,33	2,28	4,42	3,20	2,07	1,50	3,77	4,16	2,27	2,22	2,62	4,29	2,11	1,66	1,23	2,02	5,18	1,14	4,03	3,17
65-69	0,78	2,27	1,48	1,44	4,22	3,43	1,34	2,63	1,93	1,89	1,87	3,00	1,16	2,80	1,63	2,10	4,63	3,02	0,99	3,39	4,28	1,87	3,22	4,08
70-74	0,97	0,95	0,00	1,84	0,00	2,67	2,60	4,22	1,64	2,40	2,33	1,52	2,22	2,89	2,12	2,76	0,00	0,64	0,62	1,80	4,06	1,13	3,32	2,71
75-79	1,49	1,43	2,75	1,32	0,00	2,45	2,40	0,00	1,15	2,24	1,01	2,94	0,00	0,00	0,89	0,86	3,36	0,82	5,57	3,88	2,28	2,91	2,10	4,72
80 y más	1,67	1,61	4,67	0,00	0,00	1,40	1,34	0,00	2,45	1,18	2,08	2,01	0,00	0,00	1,80	3,48	0,00	2,41	1,55	0,00	1,45	1,40	6,75	3,26
Total	1,33	1,95	1,37	1,61	1,75	1,82	1,97	1,89	1,82	1,52	1,64	1,97	1,40	1,65	1,37	1,71	1,66	1,81	1,74	1,82	2,70	3,00	3,11	3,17

Tasas por 100.000 personas